Neue Arbeiten zur ärztlichen Psychoanalyse
Herausgegeben von Prof. Dr. Sigm. Freud
Nr. IV

Wilhelm Reich

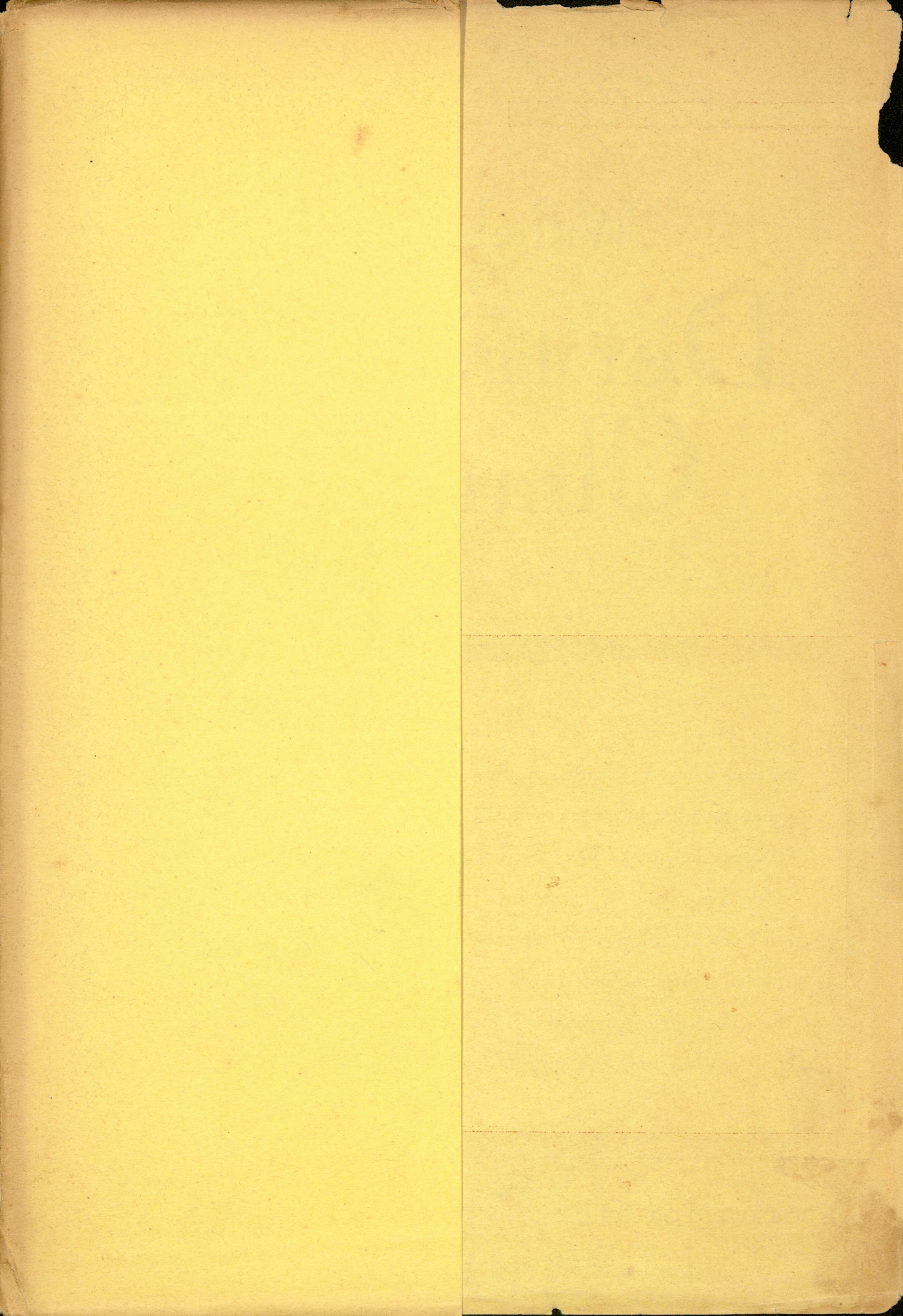
Der triebhafte Charakter

Eine psychoanalytische Studie zur Pathologie des Ichs

»An Hand eines recht seltenen Materials von triebhaften Psychopathen gelang es Reich, in die Entwicklung ihres Ichs, speziell in die genetischen Beziehungen von Ich und Über-Ich, interessante Einblicke zu gewinnen . . . Die Beschreibung dieser Beobachtungen und der Gedankengang, der aus ihnen theoretische Schlußfolgerungen zieht, wird durch zahlreiche erläuternde und interessante Exkurse auf Nebenthemen unterbrochen, die, wie etwa die Beschreibung der geschlechtlichen »Fehlidentifizierungen«, an Bedeutung hinter dem Hauptinhalt des Buches nicht zurückstehen.« *(Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse)*

Internationaler Psychoanalytischer Verlag
Leipzig / Wien / Zürich

1925



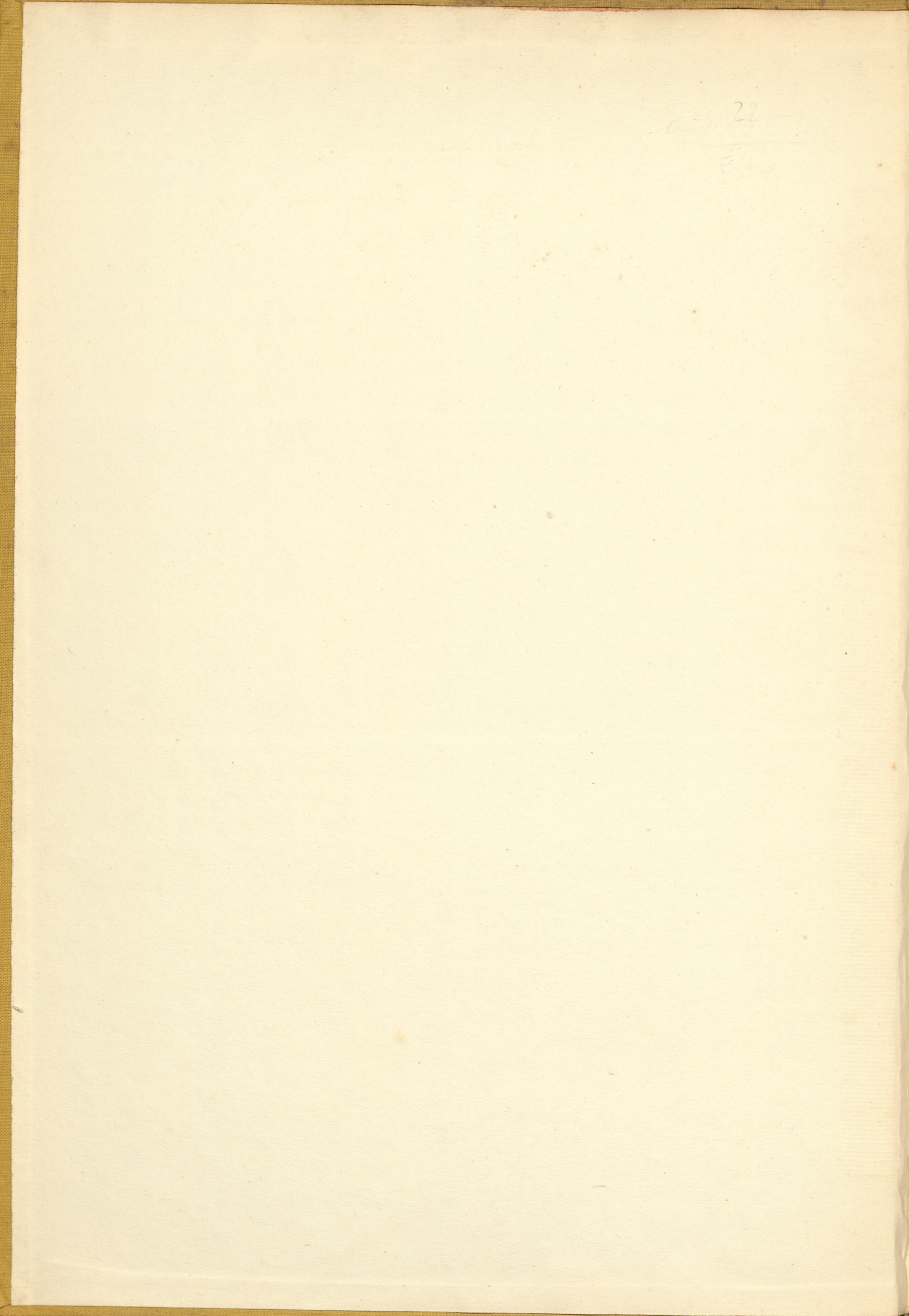
Dr. Wilhelm Reich

Der triebhafte Charakter

Neue Arbeiten zur ärztlichen Psychoanalyse

Herausgegeben von Prof. Dr. Sigm. Freud

Nr. IV.



Neue Arbeiten zur ärztlichen Psychoanalyse
Herausgegeben von Prof. Dr. Sigm. Freud
Nr. IV

Der triebhafte Charakter

Eine psychoanalytische Studie zur Pathologie des Ich

von

Dr. Wilhelm Reich

Internationaler
Psychoanalytischer Verlag
Leipzig / Wien / Zürich

748

Internationaler Psychoanalytischer Verlag

Wien, VII. Andreasgasse 3

Internationale Psychoanalytische Bibliothek

X) Dr. KARL ABRAHAM: Klinische Beiträge zur Psychoanalyse. *Geh. 8.—, Halbleinen 10.—*

Aus dem Inhalt: Die Bedeutung sexueller Jugendtraumen für die Symptomatologie der Dementia praecox. Sexualität und Alkoholismus. Die Verwandtenehe. Ein Fall von Fuß- und Korsettfetischismus. Straßenangst im Kindesalter. Einschränkungen und Umwandlung der Schaulust. Über neurotische Exogamie. Über ejaculatio praecox. Das Geldausgeben im Angstzustand usw.

XI) Dr. ERNEST JONES: Therapie der Neurosen. *Geh. 5.—, Halbleinen 6.50*

Inhalt: Allgemeines über die Neurosen. Hysterie. Angsthysterie. Neurasthenie. Zwangsneurosen. Hypochondrie u. Fixationshysterie. Traumatische Neurosen, einschl. der Kriegsneurosen. Prophylaxe der Neurosen. Psychische Behandlung anderer, den Neurosen nahestehender Zustände.

XII) Dr. J. VARENDONCK: Über das vorbewußte phantasierende Denken. *Geh. 5.—, Halbleinen 6.50*

Aus dem Geleitwort von Prof. Freud: „Das Buch des Dr. V. enthält eine bedeutsame Neuheit und wird mit Recht das Interesse aller Philosophen, Psychologen und Psychoanalytiker erwecken. Es ist dem Autor in jahrelangen Bemühungen gelungen, jener Art von phantasierender Denktätigkeit habhaft zu werden, welcher man sich während der Zustände von Zerstreutheit hingibt, und in die man leicht vor dem Einschlafen oder bei unvollkommenem Erwachen verfällt . . . Er hat dabei eine Reihe von wichtigen Entdeckungen gemacht."

XIII) Dr. S. FERENCZI: Populäre Vorträge über Psychoanalyse. *Geh. 5.—, Halbleinen 6.50*

Aus dem Inhalt: Zur analytischen Auffassung der Psychoneurosen. Träume der Ahnungslosen. Suggestion u. Psychoanalyse. Der Witz u. das Komische. Ein Vortrag für Richter u. Staatsanwälte. PsA. u. Kriminologie. Philosophie u. PsA. Zur Psychogenese der Mechanik. Cornelia, die Mutter der Gracchen. Anatole France als Analytiker. Glaube, Unglaube, Überzeugung usw.

XIV) Dr. OTTO RANK: Das Trauma der Geburt und seine Bedeutung für die Psychoanalyse. *Geh. 8.50, Halbleinen 10.—, Halbleder 14.—*

Inhalt: Analytische Situation. Infantile Angst. Sexuelle Befriedigung. Neurotische Reproduktion. Symbolische Anpassung. Heroische Kompensation. Religiöse Sublimierung. Künstlerische Idealisierung. Philosophische Spekulation. Psychoanalytische Erkenntnis. Therapeutische Wirkung.

XV) Dr. S. FERENCZI: Versuch einer Genitaltheorie. *Geh. 4.50, Halbleinen 5.50*

Inhalt: Die Amphimixis der Erotismen im Ejakulationsakt. Der Begattungsakt als amphimiktischer Vorgang. Entwicklungsstufen des erotischen Realitätssinnes. Deutung einzelner Vorgänge beim Geschlechtsakte. Die individuelle Genitalfunktion. Phylogenetische Parallele. Zum „thalassalen Regressionszug". Begattung und Befruchtung. Koitus und Schlaf. Bioanalytische Konsequenzen.

XVI) Dr. KARL ABRAHAM: Psychoanalytische Studien zur Charakterbildung. *Geh. 2.50, Pappband 3.20, Halbleinen 4.—*

Inhalt: Ergänzungen zur Lehre vom Analcharakter. Beiträge der Oralerotik zur Charakterbildung. Die Charakterbildung auf der „genitalen" Entwicklungsstufe.

XVII) Dr. PAUL SCHILDER: Entwurf zu einer Psychiatrie auf psychoanalytischer Grundlage. *Geh. 7.—, Ganzleinen 9.—*

Aus dem Inhalt: Die feinere Struktur des Ideal-Ichs u. das Wahrnehmungs-Ich. Phänomenologie des Icherlebens. Selbstbeobachtung u. Hypochondrie. Depersonalisation. Verdrängung u. Zensur, Symbol u. Sphäre, Sprachverwirrtheit. Die Schizophrenie als Krankheit u. der Krankheitsbegriff in der Psychiatrie. Epilepsie. Manisch-depressives Irresein. Korsakoff. Intoxikationen. Therapie.

XVIII) Dr. TH. REIK: Geständniszwang und Strafbedürfnis. *Geh. 8.—, Ganzleinen 10.—*

Inhalt: Der unbewußte Geständniszwang. Zur Wiederkehr des Verdrängten. Zur Tiefendimension der Neurose. Der Geständniszwang in der Kriminalistik. Die psychoanalytische Strafrechtstheorie. Der Geständniszwang in Religion, Mythus, Kunst u. Sprache. Zur Entstehung des Gewissens. Zur Kinderpsychologie u. Pädagogik. Der soziale Geständniszwang.

Preise in Mark

Neue Arbeiten zur ärztlichen Psychoanalyse
Herausgegeben von Prof. Dr. Sigm. Freud
Nr. IV

Der triebhafte Charakter

Eine psychoanalytische Studie zur Pathologie des Ich

von

Dr. Wilhelm Reich

1925
Internationaler Psychoanalytischer Verlag
Leipzig / Wien / Zürich

Alle Rechte,
insbesondere das der Übersetzung, vorbehalten

Copyright 1925
by „Internationaler Psychoanalytischer Verlag,
Ges. m. b. H.“ Wien



Gesellschaft für Graphische Industrie A.-G., Wien, III., Rüdengasse 11

Inhalt



I
Einleitung

Eine auch nur einigermaßen systematische Charakterlehre auf psychoanalytischer Basis gibt es derzeit nicht. Es liegt im Wesen der psychoanalytischen Forschungsmethode, daß sie, wie in der Einzelanalyse, so auch auf dem Gesamtgebiete der Psychopathologie zunächst die Einzelerscheinung untersucht und erst in zweiter Linie zur Zusammenfassung der Einzelergebnisse, damit auch zu allgemein gültigen Theorien gelangt. Eine psychoanalytische Charakterlehre setzt die genaue Kenntnis der detailliertesten Mechanismen seelischer Entwicklung voraus, eine Forderung, von deren Erfüllung wir noch weit entfernt sind. Wenn auch die Theorie von der Sexualentwicklung in den wesentlichsten Stücken festgefügt erscheint, so reicht sie dennoch zum charakterologischen Erfassen einer Persönlichkeit nicht aus. Wer aber die Entwicklung der Psychoanalyse, insbesondere die einschlägigen Schriften Freuds genau kennt und in eigenem passivem und aktivem, analytischem Erleben lebendig erfassen konnte, wird auch begreifen, daß die Dynamik des Ich schwerer faßbar ist, als die des Sexuellen.

Die Psychoanalyse hat es, wie Freud in seinen grundlegenden Arbeiten immer wieder, neuerdings in „Das Ich und das Es“[1] betont, eifrigst vermieden, mit fertigen, konstruktiven

[1] 1923 (Ges. Schriften, Bd. VI).

Theorien an die Persönlichkeit des Kranken heranzutreten; im Prinzip auf genetisches Begreifen eingestellt, sozusagen als Embryologie der Psyche, mußte sie den mühevolleren und längeren Weg der Detailuntersuchung gehen, was durchaus auf die Therapie einwirkte; denn analytisch heilen heißt zunächst, Fehlentwicklungen erkennen und verstehen, und soweit möglich, das Verstandene zur Änderung der Fehlentwicklung ausnützen. Es ist daher die psychoanalytische Therapie derzeit ebenso unabgeschlossen, wie ihre Theorie. Die ideale Voraussetzung der psychoanalytischen Therapie wäre aber das vollkommene genetische Erfassen des Charakters des Kranken.

Die Psychoanalyse hat längst aufgehört, lediglich Symptomtherapie zu sein; sie entwickelt sich vielmehr konstant zur Therapie des Charakters. Man kann diesen Umschwung auf die erste Erkenntnis Freuds beziehen, daß das Wesentliche der analytischen Arbeit nicht im Erraten des unbewußten Sinnes eines Symptoms und in dessen Mitteilung an den Patienten, sondern im Erkennen und Beheben der Widerstände besteht.[1] Im Widerstand drücken sich aber regelmäßig zwei Grundelemente aus: erstens enthält jeder Widerstand das einer bestimmten analytischen Situation entsprechende Verdrängte und gleichzeitig das Verdrängende, welches die Abwehr leistet. Zweitens besteht neben diesen speziellen Elementen, beziehungsweise Inhalten eine spezielle Form des Widerstandes; jeder Widerstand erhält sozusagen von der Gesamtpersönlichkeit seinen spezifischen Charakter. Die Abwehr eines inzestuös unterbauten Übertragungswiderstandes hat sowohl bei der Zwangsneurose als auch bei der Hysterie denselben Inhalt, aber grundverschiedene Form, die dem

1) S. Zur Geschichte der psychoanalytischen Bewegung 1914 (Ges. Schriften, Bd. IV).

zwangsneurotischen, beziehungsweise hysterischen Charakter entspricht. Es genügt für die Erledigung der dringendsten analytischen Arbeit wohl das Erkennen des Inhalts; die Beachtung der Art, wie sich die Persönlichkeit des Patienten in seinen Widerständen kundgibt, hat zunächst keine Bedeutung. Ist man aber einmal über den Standpunkt der reinen Symptomanalyse hinausgekommen, hat man einsehen gelernt, daß es nicht auf die analytische Beseitigung des Symptoms, sondern auf die der neurotischen Reaktionsbasis, das heißt des neurotischen Charakters ankommt, wenn man Unfähigkeit zur Rezidive, mit anderen Worten, wirkliche Heilung erreichen will, so muß auch an Stelle der Symptomanalyse die Charakteranalyse treten. Es ist aber noch nicht lange her, daß die Charakteranalyse in den Vordergrund der analytischen Arbeit gestellt wurde. Es ist auch nicht *expressis verbis* geschehen.[1] Ferenczi und Rank[2] heben die Wichtigkeit der Analyse des neurotischen Agierens besonders hervor. Sie kritisieren die bisher fast ausschließlich geübten Methoden der Symptom-, beziehungsweise Komplexanalyse; mit der Hervorhebung der Notwendigkeit, den Patienten vorwiegend am Agieren zu fassen, wird aber der Anschein hervorgerufen, als stellten sie das von Freud in therapeutischer Hinsicht immer an erste Stelle gerückte Erinnern zurück. Nun ist ja sicher in der Analyse der neurotischen Aktionen der Hauptangriffspunkt der Charakteranalyse gegeben, sicher in weit höherem Maße, als bei der „Erinnerungsanalyse", weil gerade in der Aktion Gesamthaltung und Charakterverschrobenheiten am deutlichsten zum Ausdruck kommen. Aber die Aktion eignet sich ohne

1) Mittlerweile erschien die in jeder Beziehung aufschlußreiche Arbeit Abrahams: Psychoanalytische Studien zur Charakterbildung (Internat. PsA. Bibl. Bd. XVI. 1924), in welcher die „Charakteranalyse" direkt als notwendig erachtet wird (s. S. 64).

2) Entwicklungsziele der Psychoanalyse, 1923 (Neue Arb. z. ärztl. PsA., Nr. I).

darauffolgendes Erinnern, beziehungsweise analytisches Rekonstruieren der Aktionsquellen, sehr schlecht zum genetisch-analytischen Verstehen, andererseits ist es Erfahrungstatsache, daß nichtagierende Patienten trotz tiefgehender Erinnerungsarbeit in therapeutischer Hinsicht zur Unbeeinflußbarkeit neigen.

Teilstücke einer psychoanalytischen Charakterologie waren zuerst gegeben in Freuds[1] Aufstellungen über den „analerotischen Charakter", die insbesondere von Jones[2] und Abraham[3] fruchtbar ausgebaut wurden. Hier wurde zum ersten Male aufgezeigt, daß primitive Triebkräfte an der Bildung von Charaktereigenheiten beteiligt sind: Sparsamkeit, Ordnungssinn, Pedanterie, Reinlichkeitssinn, Trotz usw. wurden als direkte, nicht neurotische Abkömmlinge der Analerotik erkannt. Das Problem, auf welches es ankommt, daß hier eine primitive Triebkraft in ein neurotisches Symptom, dort in einen Charakterzug mündet, steht noch heute offen. Ebenso hängt das wesentliche Problem an der Erkenntnis, daß urethralerotische Triebkräfte hier das neurotische Symptom der Ejaculatio praecox (Abraham) und Enuresis nocturna (Freud, Sadger, Stekel), mitbedingen, dort den Neid mitkonstituieren, der Charakterzug, nicht Symptom zu nennen ist. Dasselbe gilt für die Rolle des Sadismus beim zwangsneurotischen Charakter, der uns charakterologisch weit durchsichtiger ist, als zum Beispiel der hysterische Charakter. Ebenso ist es durchaus unaufgeklärt, wieso die universelle Tatsache des Wiederholungszwanges[4] nur in bestimmten Fällen als Charakterzug, als Zwang, immer wieder gewisse Situationen zu erleben, dominiert, in anderen wieder gar nicht die Rolle zu spielen scheint, die ihm seiner

1) Charakter und Analerotik, 1908 (Ges. Schriften, Bd. V).
2) Beiträge zur Lehre vom analen Charakter (Int. Ztschr. f. PsA. V, 1919).
3) Ergänzungen zur Lehre vom Analcharakter (Int. Ztschr. f. PsA. IX, 1923) und die soeben erschienene Monographie, l. c. S. 7.
4) Freud, Jenseits des Lustprinzips, 1920 (Ges. Schriften, Bd. VI).

biologischen Natur nach zukommen müßte. Es gibt neurotische Charaktere ohne neurotische Symptome, es gibt Symptomneurosen, ohne daß der Charakter, die Gesamtpersönlichkeit wesentlich pathologisch erschiene.

Alle diese Probleme gehören in den Bereich einer psychoanalytischen Charakterologie, deren methodisches Grundprinzip eine vergleichende, analytische Psychologie sein müßte, wie es eine vergleichende Embryologie gibt.

Mochte die wissenschaftliche Genugtuung des ärztlichen Analytikers noch so groß sein, Symptome verstehen, einzelne Charakterzüge auf ihre Quelle zurückführen und kausale Therapie ausüben zu können — man konnte sich niemals über den Mangel einer systematischen Charakterologie hinwegtäuschen, der um so empfindlicher verspürt wurde, als die therapeutischen Erfahrungen eindringlich auf die überragende Bedeutung der Charakteranalyse hinzuweisen begannen.

Den Grundstein einer auszubauenden Charakterlehre auf psychoanalytischer Basis erblicken wir in Freuds „Ich und Es". Am Eingang zum charakterologischen Verständnis einer Persönlichkeit steht die Tatsache der Identifizierung: „Der Charakter des Ich (ist) ein Niederschlag der aufgegebenen Objektbesetzungen." „Wir haben seither verstanden, daß solches Ersetzen (der Objektbeziehung durch die Identifizierung) einen großen Anteil an der Gestaltung des Ichs hat und wesentlich dazu beiträgt, das herzustellen, was man seinen Charakter heißt." Dieser notwendige Entwicklungsprozeß kann sich auch pathologisch gestalten: „Nehmen diese (Objektidentifizierungen) überhand, werden allzu zahlreich und überstark und miteinander unverträglich, so liegt ein pathologisches Ergebnis nahe. Es kann zu einer Aufsplitterung des Ichs kommen, in dem sich die einzelnen Identifizierungen durch Widerstände gegeneinander abschließen, und vielleicht ist es das Geheimnis

der Fälle mit sogenannter multipler Persönlichkeit, daß die einzelnen Identifizierungen alternierend das Bewußtsein an sich reißen. Auch wenn es nicht so weit kommt, ergibt sich das Thema der Konflikte zwischen den verschiedenen Identifizierungen, in die das Ich auseinanderfährt, Konflikte, die endlich nicht durchwegs als pathologische bezeichnet werden können."

Freud unterscheidet dann zwischen Ich und Über-Ich (Ichideal), indem das Über-Ich das eigentliche Ersatzprodukt der Objekte darstellt und das Ich sich dem Über-Ich ebenso unterwirft, sich ihm ebenso als Liebesobjekt anträgt, wie es sich seinerzeit den Eltern gegenüber verhielt. Das Über-Ich hat aber ein „Doppelangesicht": es heißt nicht nur: „So (wie der Vater) sollst du sein", es umfaßt auch das Verbot: „So (wie der Vater) darfst du nicht sein, das heißt nicht alles tun, was er tut; manches bleibt ihm vorbehalten." Damit hat uns Freud den Rahmen für weitere Detailarbeit geschaffen. Insbesondere ist die Frage nach dem Einfluß der erogenen Zonen auf die Ichidealbildung in „Ich und Es" offengelassen worden. Sie hängt mit der Frage nach der spezifisch-erogenen Objektbeziehung aufs innigste zusammen.

Es muß von einschneidender Bedeutung für die endgültige Gestaltung des realitätstüchtigen und pathologischen Charakters sein,

1) welche Haltungen der elterlichen Persönlichkeit sich das Kind *a)* als bejahendes und *b)* als verneinendes Ichideal einverleibt,

2) ob die Ichidealbildung beim Knaben vorwiegend nach dem Vater- oder nach dem Muttertypus erfolgt (dasselbe gilt für das Mädchen) und wie das Vorbild für das Ichideal beschaffen war. Es kann

3) auch nicht gleichgültig sein, in welchem Stadium der

libidinösen Entwicklung eine wirksame Identifizierung erfolgt. In der zeitlich zu bestimmenden Wechselwirkung zwischen Sexualentwicklung und Ichentwicklung muß die spezifische Determinierung der Charakterform zu suchen sein[1] (zum Beispiel eine wirksame Identifizierung in der genitalen oder analen Phase).

4) Wir kennen auch die Bedingungen nicht, unter welchen die Realisierung der Ichidealforderungen erfolgt; denn neben dem Real-Ich, welches die Summe der realisierten Ichidealforderungen darstellt, dem So-sein, besteht noch eine Reihe von nicht realisierten Ichidealforderungen (So-sein-wollen). Und wir wissen, daß die Spannung zwischen So-sein (Real-Ich) und So-sein-wollen, beziehungsweise So-nicht-sein-dürfen (Über-Ich) an der Wurzel so mancher Erkrankung steht. Und

5) ist zu erwägen, daß ja ein primitives „Lust-Ich" schon vor aller Identifizierung vorhanden ist, welches diese vollzieht, und daß seine Stellungnahme zur Identifizierung für deren Erfolg ausschlaggebend sein muß.

Wenn sich auch die hier kurz skizzierte Problematik eindeutig aus der charakterologischen Betrachtung jeder Analyse ergibt, so sind die Schwierigkeiten, ihr an milden Übertragungsneurosen auch nur einigermaßen näher zu kommen, sehr große. Dazu eignen sich am besten solche Fälle, welche grobe Defekte der Ichstruktur aufweisen, jene Menschen, welche in stetem Kampfe mit der Außenwelt stehen und sich so ausnehmen, als

1) Schon in den „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie" schreibt Freud (Ges. Schriften, Bd. V., S. 117): „Es kann nicht gleichgültig sein, ob eine gewisse Strömung früher oder später auftritt als ihre Gegenströmung . . . eine zeitliche Abweichung in der Zusammensetzung der Komponenten ergibt regelmäßig eine Änderung des Resultates." Es käme also jetzt darauf an, typische Abweichungen vom normalen Ablauf der zeitlichen Entwicklung zu finden und sie zu bestimmten pathologischen Resultaten in Beziehung zu bringen.

wären sie über die ersten Stadien der Identifizierung, beziehungsweise Über-Ich-Bildung nie hinausgekommen. Diese unter einem typischen Wiederholungszwang stehenden Neurotiker, die Asozialen, die zeitweise Kriminellen, die systematisch ihr eigenes Dasein Erschwerenden und Vernichtenden, die auch im Ich vollkommen infantil Gebliebenen sind für das Studium der Ichidealbildung in statu nascendi am besten geeignet. Sie geben uns auch wertvolle Anhaltspunkte zum analytischen Verständnis der milderen Charakteranomalien, stellen sie doch nur grobe Verzerrungen der letzteren dar. Diese ungehemmten Triebmenschen bilden eine eigene Kategorie, der von psychoanalytischer Seite bisher nur Alexander[1] und Aichhorn[2] ausführlicher nähergetreten sind. Daß sie also sozusagen noch psychoanalytisches Neuland bilden, kann wohl nur darauf zurückzuführen sein, daß sie sich für ambulatorische Behandlung gewöhnlich schlecht eignen, meist keine wirksame Krankheitseinsicht haben und, wenn sie in der Analyse Fuß fassen, das feine Instrument der Analyse schwer gebrauchen lernen. Auf alle diese Punkte wird noch speziell eingegangen werden. Das mir zur Verfügung stehende Krankenmaterial rekrutiert sich zum größten Teile aus schweren Charakterneurosen, die ich im Wiener psychoanalytischen Ambulatorium zur Behandlung vorsätzlich wählte. Auf gedrängte Darstellung einiger Krankengeschichten kann ich, um Mißverständnissen zu begegnen, nicht verzichten, wenn mir auch klar ist, daß alle Mängel gekürzter psychoanalytischer Krankengeschichten auch diesen anhängen. Ihre Publikation ist um so mehr gerechtfertigt, als schon die bloße Darstellung des Erlebens dieser Kranken ohne die übliche Interpretation geeignet sein wird, das Wesentlichste und für sie Spezifische dem Analytiker zu eröffnen.

1) Kastrationskomplex und Charakter (Int. Ztschr. f. PsA., Bd. VIII, 1922).
2) Über die Erziehung in Besserungsanstalten (Imago, 1923).

Unser Versuch bewegt sich demnach gleichzeitig in zwei Richtungen, die schließlich konvergieren werden: der speziellen Erörterung eines bisher psychoanalytisch wenig gewürdigten Krankheitsbildes, das wir mit Alexander den „triebhaften Charakter“ nennen, werden Untersuchungen über die Charakterbildung an Hand dieses Materials parallel laufen. Wir streben keineswegs eine systematische Darstellung an. Eine solche kann in der induktiven, empiristischen Methode der Psychoanalyse nie gegeben sein. Wir werden uns bescheiden müssen, auf einige typische Fehlentwicklungen in der Charakterbildung hinzuweisen, wobei wir die besser bekannten Mechanismen der sexuellen Entwicklung zur Basis machen werden.

II

Allgemeines über den neurotischen und triebhaften Charakter

Wenn man an psychoanalytisch wenig erforschtes Gebiet herantreten will, so tut man gut daran, sich an bereits gründlich verstandene Phänomene seelischer Störungen zu halten. Man darf dabei von der Voraussetzung ausgehen, daß es, wie die Psychoanalyse deutlich demonstriert hat, keine scharfen Grenzen zwischen den einzelnen Krankheitstypen und Krankheitserscheinungen, ja nicht einmal solche zwischen „Normalem" und „Krankem" gibt. Der Zugang vom Normalen her ist von vornherein schon deshalb verfehlt, weil uns der seelische Normalzustand, sofern es ihn überhaupt gibt, in seiner Dynamik und Genese weit mehr Problem ist, als die gutbekannten Mechanismen zum Beispiel des hysterischen Symptoms. Versucht man trotzdem zu differenzieren, Krankheitsbilder und Krankheitstypen untereinander und vom „Gesunden" zu trennen, so tut man es mit gutem Rechte auf Grund der Tatsache, daß sich aus verschiedenen Zusammensetzungen der seelischen Konfliktstoffe verschiedene führende Mechanismen ergeben, welche ihrerseits dieses und jenes Krankheitsbild sowie den Normalzustand konstituieren. Daß eine bestimmte Zusammensetzung gerade Realitätstüchtigkeit bedingt (und wir können derzeit unter seelischer Gesundheit nichts anderes verstehen), ist Sache konventioneller Wertung, die wir, in eine kulturelle

Gemeinschaft hineingestellt, ihren Forderungen entlehnen. Anders ist es, wenn wir Beziehungen zwischen den einzelnen Krankheitsformen herstellen. Es ist an sich gleichgültig, ob wir sagen, der neurotische Charakter, der triebhafte Charakter, die Psychopathie, sei ein Grenzzustand zwischen Gesundheit und Psychose, wie es die klinische Psychiatrie im allgemeinen annimmt, oder daß „jeder neurotische Charakter den Keim einer bestimmten Neurosenform in sich trägt" (wie es bei Alexander heißt), er also gewissermaßen einen Grenzzustand zwischen Gesundheit und Neurose darstellt. Es kommt auf den Standpunkt an, von dem wir an die Frage herantreten, und auf den Gewinn, den wir uns bei solcher Ordnung erhoffen. Wir legen also kein besonderes Gewicht auf den Standpunkt, welchen wir in dieser Arbeit einnehmen, daß nämlich der triebhafte Charakter in Bezug auf gewisse spezifische Mechanismen zwischen Symptomneurose und Psychose steht. — Alexander führt aus, daß neurotische Charaktere Menschentypen sind, „die an keinen ausgesprochenen Krankheitserscheinungen leiden, sondern im Leben auffallend triebhaft, häufig sogar zwanghaft handeln, besonders stark unter der Herrschaft der unbewußten Tendenzen stehen" und daß „ein Teil der neurotischen Charaktere, gewisse triebhafte Verbrechertypen . . . offenbar an Mangel . . . (der) Abwehrreaktionen" leiden. Alexander weist mit Recht auf das Auftreten von passagèren Symptomen bei solchen Kranken hin, wenn sie in der Analyse unter die Herrschaft der Versagung kommen, und wirft die Frage auf, „ob der Druck des krankheitsverursachenden Moments — die Libidostauung — nicht genug groß ist, um in neuen Bahnen, in Symptomen abgeführt zu werden, oder ob die Abwehrreaktion des Organismus — die Verdrängung — nicht ausgiebig genug ist, um die realen Befriedigungen ganz zu versperren."

Das Problem ist in dieser Form nicht ganz richtig gestellt. Man stößt in der Analyse des triebhaften Charakters auf Amnesien, die in nichts der typischen hysterischen Amnesie nachstehen. Andere Verdrängungsmechanismen, wie zerrissene Zusammenhänge genetisch zueinander gehörender Erlebnisstücke, verschobenes Schuldgefühl, reaktive Abwehr destruktiver Tendenzen sind beim triebhaften Charakter zumindest ebenso intensiv, wie bei der Zwangsneurose. Wir werden dies später an einigen Beispielen aufzeigen. Von einer Schwäche der einzelnen Verdrängungen kann also nicht gesprochen werden, wir werden aber gerade die Frage, was denn die mangelhafte Abwehr bedingt, in das Zentrum der Abhandlung stellen und zu untersuchen haben, was am Verdrängungsmechanismus defekt ist, so daß Aktionen möglich werden, die bei der einfachen Symptomneurose niemals den Zugang zur Motilität erlangen.

Was die Bemerkung Alexanders anbelangt, „daß jeder neurotische Charakter den Keim einer bestimmten Neurosenform in sich trägt", so ist dazu zu sagen, daß es wohl ganz vereinzelte Fälle gibt, welche kein einziges umschriebenes neurotisches Symptom aufzuweisen haben. So gehört auch der von Alexander publizierte Fall zu den symptomlosen Charakterneurosen. Aber die weitaus überwiegende Mehrzahl der triebhaften Charaktere zeigt neben der meist nicht als krankhaft empfundenen Triebhaftigkeit Symptome aller Art, wie Phobien, Zwangshandlungen und -zeremonielle, Zwangsgrübeleien, besonders aber kommen bei weiblichen Charakterneurosen alle bekannten Formen des Konversionssymptoms vor. Gerade die Symptomatologie solcher Kranker ist durch das Groteske der Symptome charakterisiert, wir möchten sagen, sie seien pathologische Verzerrungen der „gut bürgerlichen" Symptome. Wie banal und ungefährlich erscheint der Zwangs-

gedanke des einfachen Symptomneurotikers, sein Kind oder seinen Freund umzubringen, neben dem Zwangsimpuls des Triebmenschen, sein Kind langsam mit einem Kienspan zu rösten. Man kann es nicht mehr einen Zwangsimpuls nennen (trotz der ähnlichen Struktur), wenn eine meiner Patientinnen ihr größtes Vergnügen darin findet, alles im Hause zu verbrennen und ihrem Kinde mit einem brennenden Zündholz um den Leib zu fahren. Wie milde erscheint die passive Kastrationstendenz eines Patienten, der an zwanghaftem Verlieren und Verlegen von Gebrauchsgegenständen leidet, neben der Zwangshandlung einer Patientin, die als Bedingung des onanistischen Orgasmus abundante Blutungen aus dem Genitale aufgestellt und sich mit dem Stiel eines Messers an der Cervix schwere Verletzungen und schließlich eine Gebärmuttersenkung beigebracht hat. An umschriebenen neurotischen Symptomen lassen es also solche Patienten nicht fehlen, dazu kommt aber ein der einfachen Symptomneurose fehlendes Plus, welches nicht nur den Unterschied gegen die klassische Konversions-, Angsthysterie und Zwangsneurose ausmacht, sondern einen beträchtlichen Teil triebhafter Charaktere in bedenkliche Nähe zur Schizophrenie bringt. In der Anamnese Schizophrener sind derart groteske Triebhandlungen nicht selten und wir werden später an einem Falle sehen können, wie schwer es auch nach monatelanger psychoanalytischer Behandlung ist, sich für die Diagnose Schizophrenie oder Übertragungsneurose zu entscheiden.

In einem wesentlichen Punkte unterscheiden sich aber die Fälle, auf welche ich mich stütze, von dem Alexanders, so daß die verschiedene Beurteilung ihren guten Grund gewinnt. Wir sprechen von triebhaftem Charakter immer dann, wenn vom Wiederholungszwang diktierte Aktionen und Verhaltungsweisen gegen die Außenwelt den Charakter beherrschen. Es

wird nun darauf ankommen, ob die Aktionen durch primitive Tendenzen in unverhüllter Form repräsentiert werden oder weitgehende sekundäre Bearbeitung und Verstellung erfuhren. Der Fall Alexanders zeichnete sich dadurch aus, daß aus einem tiefen Strafbedürfnis heraus immer wieder solche Freunde (unbewußt) gewählt wurden, welche ihn um sein Geld betrogen, bis er schließlich materiell und seelisch zusammenbrach. Er gehört zu jenen Menschen, über die Freud in „Jenseits des Lustprinzips" schreibt: „Der Zwang, der sich dabei äußert, ist vom Wiederholungszwang der Neurotiker nicht verschieden, wenngleich diese Personen niemals Zeichen eines durch Symptombildung erledigten neurotischen Konfliktes geboten haben. So kennt man Personen, bei denen jede menschliche Beziehung den gleichen Ausgang nimmt: Wohltäter, die von jedem ihrer Schützlinge nach einiger Zeit im Groll verlassen werden, so verschieden sie sonst auch sein mögen, denen also bestimmt scheint, alle Bitternisse des Undanks auszukosten; Männer, bei denen jede Freundschaft den Ausgang nimmt, daß der Freund sie verrät; . . . Liebende, bei denen jedes zärtliche Verhältnis zum Weibe dieselben Phasen durchmacht und zum gleichen Ende führt usw. Wir verwundern uns über diese ‚ewige Wiederkehr des Gleichen' nur wenig, wenn es sich um ein aktives Verhalten des Betreffenden handelt und wenn wir den sich gleichbleibenden Charakterzug seines Wesens auffinden, der sich in der Wiederholung der nämlichen Erlebnisse äußern muß. Weit stärker wirken jene Fälle auf uns, bei denen die Person etwas passiv zu erleben scheint, worauf ihr ein Einfluß nicht zusteht, während sie doch immer nur die Wiederholung desselben Schicksals erlebt." Unsere Fälle weisen denselben „dämonischen Zug in ihrem Wesen" auf, doch ist das triebhaft Agierte und Erlebte primitiv und mit unverhüllten masochistischen, sadistischen, analen, oralen und ähnlichen Antrieben

durchsetzt. Es mag also Fälle triebhaften Charakters geben, für welche unsere Frage nach der Natur des Verdrängungsdefektes nicht zutrifft und die eine andere Dynamik des psychischen Konfliktes aufweisen.

Schon jetzt kristallisieren sich drei Fragen heraus, welche uns im Folgenden beschäftigen werden:

1.) Welche dynamischen Gleichheiten und Verschiedenheiten charakterisieren die Beziehung des triebhaften Charakters zur einfachen Übertragungsneurose? *2.)* Gibt es für den triebhaften Charakter spezifische Defekte des Verdrängungsmechanismus? Und an diese Frage eng anschließend die *3.)*, ob, wenn solche spezifische Defekte der Verdrängung existieren, sie nicht Beziehungen zum Defekt der Schizophrenie haben: dadurch träten wir auch dem Verständnis der allgemeinen psychiatrischen Konstatierung näher, daß „Psychopathien" zum Teil „unentwickelte Vorstufen wirklicher Psychosen" (Kraepelin[1]), insbesondere der Schizophrenie sind oder zumindest in sehr naher Beziehung zu ihnen stehen.

Allerdings ist unser Begriff des triebhaften Charakters viel enger, als der in der psychiatrischen Literatur übliche der „Psychopathie". Er wird hier zumeist überdehnt und es werden psychopathisch vielfach auch noch Erscheinungen genannt, welche wir als Symptome innerhalb einer sonst geordneten Persönlichkeit finden. Aber auch dort, wo der Begriff der Psychopathie enger gehalten wird, wird Heterogenstes darunter verstanden, weil genetische Gesichtspunkte fehlen. Auch Bleuler[2] hält jeden deskriptiven Abgrenzungsversuch mit Recht für verfehlt. Es kann sich doch nur um Untersuchungen führender Mechanismen handeln. So schreibt Bleuler: „Die hierher gehörenden Krankheitsbilder haben weder unter-

1) Kraepelin: Klinische Psychiatrie. Leipzig, 1916.
2) Lehrbuch der Psychiatrie. Leipzig, 1918.

einander noch gegen das normale hin scharfe Grenzen . . . ich möchte sagen Grenzen überhaupt; von welchem Grad der Intensität und der Häufung an man den Psychopathen als krank bezeichnen will, ist willkürlich. Von der Gruppe aus gibt es breite Übergangs- und Mischzonen zu allen nervösen Krankheiten, namentlich auch zur Hysterie. Paranoide Veranlagung braucht nicht in jedem Falle zur Paranoia zu führen. Symptome der verschiedenen Bilder können beim nämlichen Patienten sich mischen . . . namentlich fehlen affektive Abnormitäten und neurotische Erscheinungen fast nie . . ." Bei solcher Beurteilung der Psychopathie ist es begreiflich, daß die Einteilung, welche Bleuler selbst trifft, nämlich in Erregbare, Haltlose, Triebmenschen, Verschrobene, Lügner und Schwindler, Gesellschaftsfeinde und Streitsüchtige, gerade noch zur vorläufigen Orientierung taugt. Der Grundfehler aller solcher Einteilungsversuche ist der, daß man ein gerade hervorstechendes Merkmal zum Kriterium einer Gruppe macht und darüber übersieht, daß zum Beispiel jeder Triebmensch im Sinne Bleulers ebenso haltlos wie verschroben, der Verschrobene gesellschaftsfeindlich ist und deshalb auch streitsüchtig sein muß. Diese Einteilung Bleulers ist der Kraepelins entlehnt, doch hat Bleuler die Beziehung mancher Formen der Psychopathie zur Psychose schärfer herausgearbeitet. Auch Liepmann[1] definierte die Psychopathien als „krankhafte Abweichungen vom psychischen Normalzustande, welche nach ihrer Ausprägung noch nicht in die Kategorie vollentwickelter Psychosen gehören, weil die schwereren Symptome der letzteren . . . fehlen."

Die nahe Verwandtschaft der Psychopathien mit Psychosen, insbesondere der Dementia praecox, ist besonders jenen Autoren aufgefallen, die den Begriff der Psychopathie nicht so weit

1) Die Beurteilung psychopathischer Konstitution (sogenannter psychischer Minderwertigkeit). Ztschr. f. ärztl. Fortbildung. Bd. 9. 1912.

spannten, daß er auch jene seelischen Erkrankungen umfaßte, welche zur unkomplizierten Hysterie und Zwangsneurose gehören. So scheiden Kraepelin und Bleuler zum Beispiel auch die Neurasthenie von der Psychopathie, während bei Schneider[1] die Neurasthenie unter dem Bilde der selbstunsicheren, stimmungslabilen und asthenischen Psychopathen beschrieben wird. Kraepelin bezeichnet einen Teil der Psychopathen als „unentwickelte Vorstufen wirklicher Psychosen", andere wieder als „mißratene Persönlichkeiten, deren Ausbildung durch ungünstige Vererbungseinflüsse, Keimschädigungen oder sonstige früheinwirkende Hemmungen gestört worden sind. Wenn sich dabei ihre Mängel im wesentlichen auf das Gemütsleben und die Willensanlage beschränken, bezeichnen wir sie als Psychopathen". Mit Bezug auf die Psychose fand Dickhoff[2], daß sich insbesondere Hebephrenie, Dementia paranoides und Paranoia aus psychopathischen Eigentümlichkeiten heraus entwickeln. „Einige Psychosen ruhen ganz (Paranoia simplex) oder zu einem wichtigen Teile auf der Weiterentwicklung psychopathischer Minderwertigkeit." „Bei psychopathischen Minderwertigkeiten höheren Grades kommen mit oder ohne — seltener — äußere Veranlassung kürzere oder längere Psychosen verschiedener Art vor, die wenig Gesetzmäßigkeiten in Verlauf und Erscheinungsform bieten. Die Prognose für die einzelne Erkrankung ist im allgemeinen eine gute, doch ist die Wahrscheinlichkeit weiterer Anfälle von Geistesstörung eine hohe."

Einige Autoren, wie Birnbaum,[3] Gaupp,[4] Mezger,[5] fassen den Begriff der Psychopathie sehr weit, letzterer zum Bei-

1) Die psychopathischen Persönlichkeiten. Wien, 1923.

2) Die Psychosen bei psychopathisch Minderwertigen (Allg. Ztschr. f. Psych. 1898).

3) Über psychopathische Persönlichkeiten. Wiesbaden, 1909.

4) Über den Begriff d. psychopath. Konstitution (Z. f. ärztl. Fortbildg., 1917).

5) Die abnorme Charakteranlage (Arch. f. Krim. Anthr., 1912).

spiel spricht schon „jede Abweichung vom tatsächlichen Normaltypus, jede Abnormität . . . als krankhaft, als pathologisch“ an.

*

Wir gebrauchten bisher wahllos die Bezeichnungen „triebhafter Charakter“, „neurotischer Charakter“, „Charakterneurose“, müssen uns aber nunmehr zu einer reinlichen Terminologie bequemen, was angesichts der Unbestimmtheit des „Charakters“ überhaupt nicht leicht fallen kann. Wir werden dabei trachten müssen, zwischen Scylla und Charybdis ohne Schaden hindurchzukommen. Wir wollen einerseits nicht in den Fehler verfallen, der bei Diskussionen lebendigen Geschehens in der offiziellen Wissenschaft leider allzuoft begangen wird: nämlich über terminologischen Diskussionen die lebendige Erscheinung aus den Augen zu verlieren. Andererseits müssen wir es vermeiden, was ebensooft geschieht, durch dilettantische Terminologie eine Verwirrung anzurichten, die jedem Mißverständnis Tür und Tor offen läßt. Wenn wir ganz unverbindlich, nur als Grundlage für unsere Erörterung, den Charakter eines Menschen als die für dieses Individuum spezifische Erscheinungsform seiner psychischen Haltung zur Umwelt definieren, die ihrerseits von Disposition und Erlebnis im Sinne der Freudschen „Ergänzungsreihe“ eben in ihrer Spezifität bestimmt ist, so wird uns als neurotischer Charakter derjenige imponieren, welcher mehr oder weniger grobe Abweichungen aufweist in Bezug auf realitätsgerechte Zielstrebigkeit in sexueller und kultureller Hinsicht und in Bezug auf soziale Anpassungsfähigkeit. Als gemeinsames Merkmal aller Formen neurotischer Charaktere kann die Zerrissenheit und Widersprochenheit im Erleben angesehen werden, daher auch die Unabgeschlossenheit in Handlung und Einstellung. Von der Psychoanalyse her wissen wir, daß diese Merkmale Konse-

quenzen einer gestörten Entwicklung sind, daß ganze Stücke der Persönlichkeit zurückblieben, auf früheren Entwicklungsstufen durch Fixierungen festgehalten wurden. Und wir treffen wohl die unverbindlichste und nach unserem heutigen Wissen prägnanteste Unterscheidung zwischen neurotischem Symptom und neurotischem Charakter, wenn wir sagen, das umschriebene neurotische Symptom entspräche direkt den Teilstücken der hier oder dort fixierten Persönlichkeit, während der neurotische Charakter immer ein Ausdruck der dieser Fixierung entsprechenden Gesamthaltung ist. Eine Fixierung (und der daraus resultierende psychische Konflikt) würde also immer gleichzeitig zwei Ausdrucksweisen finden: das dieser Fixierung speziell entsprechende neurotische Symptom (zum Beispiel ein hysterisches Erbrechen als Ausdruck der oralgenitalen Fixierung) und den neurotischen Charakter, der jener Störung entspräche, welche durch die Teilfixierung in der Gesamtpersönlichkeit hervorgerufen wurde. Müssen wir doch folgerichtig annehmen, daß auch an sich unbedeutendste Teilfixierungen die übrige Persönlichkeit nicht unangetastet lassen. So baut sich jedes neurotische Symptom über einem neurotischen Charakter auf. Wir dürfen dann von einem hysterischen und zwangsneurotischen (eventuell schizoiden) Charakter sprechen, dem die Symptome aufsitzen, wie die Gipfel einem Bergmassiv. Der neurotische Charakter ist durch das Stadium, in welchem die Entwicklungshemmung vorfiel, ebenso in seinen Besonderheiten determiniert, wie das neurotische Symptom. Der Zwangsneurotiker, welcher wegen seines Impulses, den Freund mit einem Messer von hinten zu erstechen, die Analyse aufsucht (zwangsneurotisches Symptom), weist dann auch den zwangsneurotischen Charakter auf: er ist pedantisch rein, ordnungsliebend, übergewissenhaft. Sowohl die Charaktereigenheiten als auch das Symptom tragen

die Merkmale der sadistisch-analen Stufe an sich. Der Ausdruck „triebhafter Charakter" kann dann nur eine spezielle Form des neurotischen Charakters meinen, nämlich eine Störung der Gesamtpersönlichkeit, welche gekennzeichnet ist durch mehr weniger ungehemmtes Agieren. Und wie wir zwischen neurotischem Symptom und neurotischem Charakter unterschieden, so müssen wir jetzt die Zwangshandlung als unhemmbare zwanghafte Aktion vom triebhaften Charakter trennen. Während erstere nämlich wie abgekapselt, als Fremdkörper inmitten einer sonst geordneten Persönlichkeit erscheint und von ihr verurteilt wird, ist das Triebhafte einer neurotischen Persönlichkeit das Attribut ihrer Gesamtheit und wird daher auch meist, von hellen Augenblicken abgesehen, nicht als krankhaft eingesehen. Die triebhaften Impulse sind meist diffus, nicht immer auf spezielle Gegenstände gerichtet, nicht an bestimmte Situationen gebunden, sowohl in der Art als auch Intensität meist wechselnd, von Milieuverhältnissen durchaus abhängig; eine Unfreiheit, die im Gegensatz steht zur starren und von äußeren Umständen meist unabhängigen zwangsneurotischen Handlung. Die Beziehung des triebhaften Charakters zur Außenwelt ist im allgemeinen viel deutlicher, dem Sinne nach viel leichter zu erfassen als die des zirkumskripten neurotischen Symptoms. Die triebhaften Impulse erscheinen nie so sinnlos, wie die zwangsneurotischen, sie sind durch Rationalisierungen in weit höherem Maße motiviert, als die letzteren.

Die Grenze gegen die Schizophrenie, insbesondere gegen die paranoide und katatone Form, ist in manchen Fällen ebenso verwischt, wie gegen die klassische Übertragungsneurose. Was manche besonders krasse Formen von der ausgesprochenen Schizophrenie noch trennen läßt, ist eine überaus lebhafte, sehr häufig den Anschein des Übertriebenen erweckende Beziehung

zur Außenwelt. Bei einigen Fällen, die auf der Wiener psychiatrischen Klinik[1] zuerst als „psychopathisch-minderwertige" Durchgeher, Lügner oder streitsüchtige Querulanten diagnostiziert wurden, traten dann ausgesprochene Größen- und Verfolgungsideen auf, so daß die Übertriebenheit der Beziehungen zur Außenwelt nur als reaktive Abwehr gegen die Regression zum Autismus aufgefaßt werden konnte. Ferner fehlt die typische schizophrene Spaltung der Persönlichkeit, sie ist aber durch weitgreifende Depersonalisationszustände ersetzt, die bei keinem meiner hierhergehörigen Fälle fehlten. Die Depersonalisation kann aber nicht als stichhältiges Kriterium erachtet werden, weil, wie Nunberg[2] mit Recht hervorhebt, jede seelische Erkrankung mit Depersonalisationszuständen als Ausdruck der Libidoablösung einsetzt. Allerdings sind die Entfremdungsgefühle, sei es in Bezug auf die Außenwelt, sei es in Bezug auf den eigenen Körper, bei reinen Übertragungsneurosen selten so auffallend und kraß, wie bei den triebhaften Charakteren oder der Schizophrenie. Einer meiner Fälle, über den ich später ausführlich berichten werde, hatte dem äußeren Anscheine nach ausgesprochen stuporöse Zustände, die einige Wochen lang je zwischen der Samstag- und der Montagsitzung anhielten. Sie saß am Sofa zusammengekauert in ihrem Zimmer, hatte die Türe zugesperrt, aß nichts und sprach mit niemand. Solche Zustände traten immer dann auf, wenn sie einen Chok in der Analyse erfahren hatte, wenn die Übertragung zu wanken schien.

Des weiteren fehlen Größen- und Verfolgungsideen, wenn auch Beziehungsideen[3] nicht selten sind, die aber ihrem Aufbau

1) Diese Gelegenheit sei gern ergriffen, um Herrn Hofr. Prof. Wagner-Jauregg großen Dank auszusprechen, daß er mir Gelegenheit gab, das reiche Beobachtungsmaterial der Klinik zu studieren.

2) Über Depersonalisation (Internat. Zschr. f. PsA., Bd. X, 1924).

3) S. Kretschmer: Der sensitive Beziehungswahn. Berlin, 1918.

nach der Idee des Zurückgesetztseins entsprechen und auch der einfachen Übertragungsneurose eigentümlich sind. Freilich steigert sie sich beim triebhaften Charakter häufig zu querulatorischem Wahn. Die Realitätsprüfung, die Beurteilung der Ichgrenze, ist unangetastet, wenn auch in Einzelheiten durch Affekte getrübt.

Nur in dreien meiner Fälle triebhaften Charakters waren während der Analyse eine Zeit lang akustische und visuelle Halluzinationen aufgetreten. In dem einen Falle handelte es sich um Halluzinationen während eines hysterischen Dauerzustandes, im anderen um solche, während eines jäh durchgebrochenen Angstaffektes, im dritten um eine akute paranoide Phase. Wenn auch insbesondere akustische Halluzinationen bei hysterischen Psychosen häufig sind, so muß ich doch darauf hinweisen, daß der ersterwähnte Fall, dessen Analyse wegen eines anhaltenden Dämmerzustandes aufgegeben werden mußte, sehr an Schizophrenie denken ließ und auch die Konsiliarien dieses Falles (Doz. Dr. Schilder und Dr. Jekels) die Diagnose einer Schizophrenie trotz des typischen hysterischen Bildes nicht auszuschließen wagten. Wir dürfen ja nach den neuesten psychiatrischen Arbeiten über den „schizoiden Formenkreis", insbesondere Kretschmers[1] und Bleulers[2] annehmen, daß die schizoide Hysterie, wenn sie in hysterische Spaltung der Persönlichkeit im Dämmerzustand verfällt,[3] latente schizophrene Mechanismen aktiviert. Wer wie wir auf dem Standpunkt steht, daß die Schizophrenie nicht qualitativ (im Sinne ihrer organischen Natur) von Hysterie und Zwangsneurose zu trennen ist, wird auch stets die Möglichkeit offen lassen können, daß eine Hysterie oder Zwangsneurose unter bestimmten,

1) Körperbau und Charakter.
2) Schizoidie und Syntonie (Ztschr. f. d. ges. Psych. u. Neur., 1923).
3) Reich: Eine hysterische Psychose in statu nascendi (Erscheint demnächst in der Int. Ztschr. f. PsA.).

heute noch völlig dunklen Umständen, in eine Schizophrenie umschlagen kann.

Mit der defektuösen Verdrängung hängt es auch zusammen, daß bei den triebhaften Charakteren unverhüllte Perversionen fast zur Regel gehören, insbesondere solche des sadistisch-masochistischen Bereiches. Diese besondere Affinität zum Bereiche der Destruktionstriebe Freuds werden wir, völlig in Anlehnung an seine Untersuchungen über das Über-Ich (Ichideal), als Ausdruck einer gestörten Über-Ich-Entwicklung kennen lernen.

Der Diskussion spezifischer Entwicklungsstörungen beim triebhaften Charakter schicken wir eine kurze Abhandlung über typische charakterneurotische Störungen, wie sie bei jeder Symptomneurose vorkommen, voraus, um die wichtigen Differenzen klarer hervortreten zu lassen. Ganz allgemein kommt es uns darauf an, die Dynamik des triebgehemmten Charakterneurotikers mit der des triebhaften Charakters zu vergleichen.

III

Ambivalenzkonflikt und Über-Ich-Bildung beim triebgehemmten Charakter

Wir haben durch Freud verstehen gelernt, wie all das, was wir Kultur und Zivilisation nennen, auf Triebunterdrückung in erster, auf Triebsublimierung in zweiter Linie beruht. Der kulturelle Fortschritt der Menschheit vom Primitiven bis zum Durchschnitt des heutigen Kulturmenschen muß von jedem einzelnen zwar abgekürzt, aber doch in den Grundzügen voll wiederholt werden. Ein reines Trieb-Ich ist in diese Welt voll Einschränkung und Bindung hineingestellt, es muß sich ihr anpassen, indem es seine Ansprüche zum größten Teile aufgibt, zum kleinsten Teile in einem viel späteren Zeitpunkt zu voller Befriedigung bringt. Die Anpassung erfolgt allmählich in mehr oder weniger scharf umschriebenen Phasen. Sie erfolgt aber nicht automatisch, etwa so, wie sich der Körper aus der Eizelle entwickelt, sondern die „psychische Eizelle" bedarf ganz ausgesprochener Anhaltspunkte in der zunächst sehr engen Umwelt, welche vor allem durch die ersten Erziehungspersonen repräsentiert ist. Diese werden nicht nur Objekte der ersten triebhaften Ansprüche, nicht nur bis zu einem gewissen Grade triebbefriedigende Objekte, insbesondere in der Säuglingsperiode, sondern haben die entscheidende Rolle der Triebversagung zu spielen, von ihnen gehen die ersten und bedeutungsvollsten Einschränkungen aus.

Es liegt aber im Wesen des Triebhaften, daß es keine endgültige Vernichtung von Trieben gibt, sondern nur Formung, Wandlung des Zieles und des Weges, kurz, keine Triebbefriedigung kann ohne Ersatz „verschwinden". Die Tatsache, daß es sexuelle Entwicklungsstufen gibt, beruht auf dieser Ersetzung. So tritt die anale Phase beim Kinde erst dann in vollster Deutlichkeit auf, wenn die orale bereits der Versagung erlegen ist. Jede Versagung hat zur Folge, daß die betreffende, gerade führende Libido aufgesplittert wird. Die bisher bestdurchschauten Resultate der Aufsplitterung sind: Erstens mehr oder weniger unverändertes Erhaltenbleiben in ursprünglicher Form, weil die Partialtriebe dazu bestimmt sind, im späteren Sexualleben als Vorlust eine bedeutende Rolle zu spielen. Zweitens, je nach der Natur der Triebkraft, mehr oder weniger energische Reaktionsbildungen, wie zum Beispiel der Ekel als Reaktion gegen die analerotischen Tendenzen. Drittens Sublimierungen, wie zum Beispiel die Reinlichkeit als eine primitive Sublimierungsform der Analerotik erscheint, und spätere Sublimierungen, welche viel komplexerer Natur sind und, wie die Psychoanalyse nachweisen konnte, auf allen Betätigungsgebieten menschlichen Geistes eine zentrale dynamische Kraft entfalten. Viertens dient jede erotische Triebkraft dazu, Beziehungen zu den Pflegepersonen herzustellen. Ansätze deutlicher Objektliebe sind schon im oralen Stadium direkt zu beobachten und entfalten sich zur intensivsten Objektbeziehung in der genitalen Phase, deren Höhepunkt wir um das vierte Lebensjahr herum vermuten. Im Flusse der Entwicklung verlaufen die hier skizzierten Aufsplitterungen aber nicht separiert, sie stehen vielmehr in engster Wechselbeziehung; so hat insbesondere die Objektliebe die wichtige Rolle, die Reaktionsbildungen zu schaffen und den Triebverzicht erträglich zu gestalten. Denn das Kind ist in jenem frühen Alter so sehr Lustwesen (L u s t - I c h nach

Freud), daß es zunächst nur Lust gegen Lust eintauschen will und kann. Es gewöhnt sich an die Reinlichkeit zunächst der Mutter „zuliebe". Störungen der primitivsten Objektliebe machen sich ja auch sofort als Trotz bemerkbar, der insbesondere in der Form des analen Trotzes bekannt geworden ist. Wenn das Kind aber der Mutter zuliebe auf eine bestimmte Art von Lust verzichtet hat, so hat es eine Forderung der Mutter zu seiner eigenen gemacht, wir haben den Fall der primitivsten Identifizierung vor uns. Es steckt noch viel Objektliebe in ihr, ohne die sie nicht haltbar wäre. Diese ersten Identifizierungen sind dazu bestimmt, die späteren, endgültigen, das wirklich Kulturelle betreffenden vorzubereiten. Aber zunächst schiebt sich eine Phase intensivster Objektbeziehung ein, deren Erscheinungen Freud unter dem Begriff des Ödipuskomplexes zusammengefaßt hat. Der Knabe beginnt mehr weniger deutlich den Vater bei der Mutter ersetzen und ihn als lästigen Nebenbuhler beseitigen zu wollen, das Mädchen kommt in dieselbe, ihrem Geschlecht entsprechende Einstellung. Mit der Objektliebe zum heterosexuellen Objekt geht eine Identifizierung mit dem homosexuellen einher. Dieses einfache Ödipusverhältnis wird aber kompliziert durch ein in manchen Fällen ausgesprochenes, in vielen nur angedeutetes gegenteiliges Streben. Der Knabe liebt auch den Vater und identifiziert sich mit der Mutter, das Mädchen liebt die Mutter und identifiziert sich mit dem Vater. Freud (a. a. O.) meint, man täte gut daran, den „doppelten Ödipuskomplex" in allen Fällen vorauszusetzen, weil der Bisexualität als Anlage allgemeine Bedeutung zukomme. Die Konflikte dieser Phase, welche zu den bedeutungsvollsten menschlichen Erlebens gehören und im Zentrum ausnahmslos jeder Neurose stehen, mobilisieren ein mächtiges Schuldgefühl, dessen eigentliche Herkunft nach Freud noch durchaus dunkel ist. Es entfaltet sich besonders intensiv an den Haß-

einstellungen, welche im Ödipuskonflikt gegeben sind. Es ist aber durchaus nicht so gemeint, daß der Haß erst hier entsteht, er scheint vielmehr bereits längst vorbereitet zu sein und wir betrachten schon die ersten Bemächtigungs- und Zerstörungsantriebe des kleinen Kindes als primitive Erscheinungsformen des Hasses. Wir können nachweisen, daß keine Versagung ohne Haßregungen akzeptiert wird, mögen sie auch im günstigen Falle durch geglückte Lustersetzung oder Objektliebe verdeckt werden. Sie behalten aber die Bereitschaft, durchzubrechen, wenn die Versagungen zu intensiv ausfallen.

Freud hat den libidinösen Tendenzen destruktive gegenübergestellt, welche ursprünglich gegen Objekte gerichtet sind, dann ebenfalls der Unterdrückung auf dem Wege der Reaktionsbildung und Sublimierung erliegen, zum Aufbau des sozialen Gewissens und der moralischen Instanzen verwendet werden und ein spezielles Schicksal erfahren, welches an der Melancholie studiert wurde: Die Wendung gegen die eigene Person als Masochismus in allen seinen Erscheinungsformen. (Die Annahme Freuds,[1] daß es einen ursprünglichen erogenen Masochismus gäbe, der, gegen die Außenwelt gerichtet, als Sadismus zum Vorschein komme und dann, wie oben skizziert, zum sekundären Masochismus werde, sei hier nur erwähnt.) Die eigentliche Sachlage stellt sich nun so dar, daß das primitive Trieb-Ich durch eine Instanz in Schach gehalten wird, welches Freud das Ichideal oder Über-Ich nennt. Seine Quelle hat es in den aufgegebenen Objektbesetzungen, es konstituiert sich aus allen jenen Forderungen, welche seinerzeit die Eltern oder sonstigen Erziehungspersonen an das Trieb-Ich stellten. Die Eltern werden schließlich als Objekt aufgegeben und auf dem Wege der Identifizierung als Über-Ich festgehalten. Damit

1) Das ökonomische Problem des Masochismus. Int. Ztschr. f. PsA., 1924. (Ges. Schriften, Bd. V.).

werden die Objektbeziehungen auch desexualisiert. Die Triebkraft, deren sich die so entstandene Ichinstanz bedient, um das Trieb-Ich in Schach zu halten, mit anderen Worten die Verdrängungsarbeit zu leisten, ist der Sadismus in seiner sublimierten Form als moralischer „Masochismus", der vom erogenen (der Perversion) zu trennen ist.

Die Realisierung der Forderungen des Über-Ich

Am Beginne der Über-Ich-Bildung steht somit die Versagung. Ihren in den Grundzügen endgültigen Abschluß erreicht sie in der Versagung des Ödipuswunsches. Auf jeder Stufe der libidinösen Entwicklung werden Versagungen erfahren, so daß man sagen kann, die Über-Ich-Bildung beginne knapp nach der Geburt. Denn schon die Gewöhnung des Säuglings an bestimmte Mahlzeiten ist eine Versagung des ständigen Lutschbedürfnisses. Ja, man kann weitergehen und die erste Versagung an die Geburt anknüpfen lassen, indem damit das lustvolle, weil reizlose Dasein im Mutterleib abgeschlossen wird.[1]

Diese primitiven Vorstufen des Über-Ich erfahren nun vollständige Realisierung. Ohne die Realisierung der Forderung: „Du mußt zu bestimmten Zeiten und an bestimmtem Orte defäzieren" gäbe es keinen Fortschritt in der libidinösen Entwicklung, denn jeder Trieb neigt zu Perseveration, zur Unveränderlichkeit. Die Realisierung wäre aber auch unmöglich, wenn sich nicht, wie erwähnt, andere Lustmöglichkeiten darböten. Später wird es anders. Je entwickelter und geschlossener die Persönlichkeit des Kindes wird, desto mehr lehnt es sich gegen die Einschränkungen auf, insbesondere im Stadium des Narzißmus, das dem der vollen Objektliebe vorangeht. So gut

1) Hiezu insbesondere Rank: Das Trauma der Geburt (Int. PsA. Bibl. Bd. XIV, 1924), und der schöne Aufsatz von Garley: Der Chok des Geborenwerdens (Int. Ztschr. f. PsA., Bd. X, 1924).

wie alle Kinder, auch die später gesund bleibenden, machen eine Phase intensiver Ablehnung der einschränkenden Gewalten durch. Ja, allzu große Gefügigkeit des Kindes kann das Vorzeichen einer späteren neurotischen Schwäche, der bekannten neurotischen Unfähigkeit sein, sich im Kampfe ums Dasein erfolgreich zu behaupten. Die Realisierung der erzieherischen Forderungen erfolgt dann nur mehr partiell. Entgegen den Über-Ich-Forderungen setzt sich das Trieb-Ich mehr oder weniger durch. Dadurch ist ein Stück individueller Entwicklung gesichert. Insbesondere die infantile Onanie ist jetzt seine Domäne. Es ist verständlich, daß die Spannung zwischen nicht realisiertem Über-Ich und Trieb-Ich Schuldgefühle erzeugt. Was an verbietenden Ichidealforderungen realisiert wird, baut Schuldgefühl ab. Das sich jetzt entwickelnde Real-Ich entsteht somit zum größten Teile aus realisierten Forderungen des Über-Ich. Die Realisierung von Ichidealforderungen findet nie ihren Abschluß, es besteht vielmehr durch das ganze Leben ein fortwährendes Oszillieren zwischen Real-Ich und Ichideal fort. Das Ichideal erfährt immer wieder Erhöhung, seine Forderungen werden weiter und reichhaltiger, so oft Anteile realisiert wurden, so oft erreicht wurde, was man sein wollte. Wir hätten also zunächst einen typischen Konflikt zwischen So-sein (Real-Ich) und So-sein-wollen (Über-Ich). Ein Ausdruck dieses Konfliktes ist das Minderwertigkeitsgefühl und seine Kompensation im Sinne Adlers.

In einem wesentlichen Punkte unterscheidet sich das Real-Ich des Kindes von dem des Erwachsenen. Während das erstere nur aus realisierten Über-Ich-Forderungen zusammengesetzt ist, enthält das letztere auch Elemente aus dem Sexualbereiche, alle jene realitätsgerechten Sexualstrebungen, die mit dem Über-Ich nicht in Konflikt geraten. An dieser Entwicklung vom sexualverneinenden zum sexual-

bejahenden Real-Ich, welche normalerweise einige Jahre nach der Pubertät beginnt, setzen die meisten neuroseauslösenden Konflikte an. Das sexualverneinende Real-Ich des Kindes ist aber durchaus von der herrschenden Erziehungsmoral geschaffen. Es wäre sehr gut denkbar und vom psychoanalytischen Standpunkt zu bejahen, daß auch das Real-Ich des Kindes sexualbejahende Elemente enthielte. Es spricht manches dafür, dem Kinde ein Stück genitaler Befriedigung zu gestatten. Denn wenn die kindliche Onanie schon zu den physiologischen Attributen der Entwicklung gehört, dann ist es in prophylaktischer Hinsicht sinnlos, das Real-Ich des Kindes von diesen Elementen zu separieren und einen Onaniekonflikt zu schaffen, welcher ausnahmslos in der Pubertät zur Auswirkung gelangt und in vielen Fällen pathogen wird.

Auch die Realisierung des Über-Ich schreitet normalerweise langsam fort. Zum Über-Ich des gesund bleibenden Knaben gehört die volle Identifizierung mit dem Vater, zu der des Mädchens die mit der Mutter. Es ist notwendig, zur leichteren Übersicht zwischen triebbejahenden und triebverneinenden, ferner, entsprechend den beiden moralischen Prinzipien: „Du sollst“[1] und „Du darfst nicht“, zwischen positiven und negativen Über-Ich-Forderungen zu unterscheiden. Die triebverneinenden Forderungen werden von allem Anfang an realisiert, die anderen erst viel später. Nun gehört es zur psychischen Gesundheit, daß triebbejahende Tendenzen im Über-Ich enthalten seien. Das nur verneinende Über-Ich schafft eine Hemmungssituation, wie sie beim ambivalenten, gehemmten, ästhetisch-religiösen Zwangsneurotiker anzutreffen ist. Das trieb-

1) Es ist einmal in privater Diskussion die Frage aufgeworfen worden, ob es solche positive Ichidealforderungen von allem Anfang an überhaupt gibt. Wir geben die Möglichkeit zu, daß sich alle späteren „Soll“-Ideale auf komplizierten Wegen aus Verboten entwickeln.

bejahende Ichideal wird ein Real-Ich schaffen, welches sehr bald mit der Realität in Konflikt geraten muß. Dieser Typ wird durch den triebhaften Charakter repräsentiert.

Der Einfluß der Partialtriebe auf die Gestaltung des Über-Ich

Wie stellt sich uns nun die Realisierung des Über-Ich beim gesund bleibenden Knaben dar? Im doppelten Ödipuskomplex überwiegt die heterosexuelle Strebung zur Mutter und die Identifizierung mit dem Vater. Zunächst umfaßt die Vateridentifizierung auch die genitalen Antriebe, die aber bald der Unterdrückung, dann der Verdrängung verfallen. Die entsprechende Über-Ich-Forderung lautet: „Du darfst deine Mutter nicht sexuell, bzw. genital begehren." Die Realisierung dieser Über-Ich-Forderung setzt die Inzestschranke. An positiven Über-Ich-Forderungen wird sehr viel realisiert, der Knabe trachtet, den Vater nachzuahmen, seine Spiele gruppieren sich zum großen Teil um die Idee erwachsen zu sein, aber mit Genitalausschluß (Abraham). Gelingt der Genitalausschluß nicht, drängt die verdrängte Genitalität vor, so muß es zur Symptombildung kommen. Die aus der Vateridentifizierung geborene, sublimierte Ichidealforderung lautet: „Ich will so groß, so stark, so gescheit sein, wie mein Vater." Der Penisstolz führt, wenn er nicht durch Kastrationsangst wesentlich gehemmt ist, zur Verachtung der penislosen Frau, beziehungsweise des kleinen Mädchens. Dadurch wird aber verhindert, daß eine verhängnisvoll werdende Mutteridentifizierung platzgreift.

In der Pubertät erwacht, wie die Psychoanalyse regelmäßig nachweisen kann, der Inzestwunsch wieder, allerdings normalerweise ohne ins Bewußtsein zu dringen und, wenn die Vater-

identifizierung stark genug, die Kastrationsangst nicht übermächtig ist, kommt es nach einer Phase genitaler Onanie mit heterosexuellen Phantasien, die inzestuös gehalten sind, zunächst zu wertvollen Sublimierungen. Soll der junge Mann aber gesund bleiben, so muß die in der Kindheit realisierte Ichidealforderung „Du darfst deine Mutter nicht sinnlich begehren" eine wesentliche Modifikation erfahren, die wir so formulieren möchten: „Du darfst deine Mutter nicht begehren, aber alle anderen Frauen sind dir erlaubt." Also Umstoßung des sexualverneinenden Über-Ich mit Mutterausschluß. Man kann nachweisen, daß der schuldgefühlfreie Durchbruch genital-heterosexueller Tendenzen eine Vorbedingung späterer Gesundheit ist. Die Vateridentifizierung muß stark sein, ja, sie muß die Fähigkeit in sich schließen, den Vater zu überwinden, auch dort, wo sexualverneinende Vateridentifizierung bisher wirksam war. Die Überwindung des Vaters gelingt aber nur dann, wenn die phallische Phase in der Kindheit voll erreicht wurde. Die voll entfaltete, genitale Aktivität führt bald zum Sexualverkehr, und wenn das reale, junge Weib erobert ist, so erfolgt auch die sexuelle Entwertung der Mutter. Diese ist eine Vorbedingung gelungener Objektwahl. Die Lösung des Inzestwunsches fixierter Neurotiker erfolgt in der Analyse ebenfalls unter dem Bilde der Sexualentwertung der Mutter. Einer meiner Patienten brachte den bewußt gewordenen Inzestwunsch mit folgenden Worten zur Verurteilung: „Wie dumm doch der Mensch ist, daß er unbedingt seine alte, häßliche Mutter besitzen will, wo es doch so viele junge Frauen gibt." Es ist anzunehmen, daß die normale, genitale Objektfindung unter Veränderungen an der inzestuösen Bindung vor sich geht, welche der hier geschilderten gleichen.

Die gelungene Überwindung des Vaters führt aber auch eine weitgehende Befreiung vom ursprünglichen väter-

lichen Ideal herbei. Neurotisch fixierte Männer zeigen auch eine Starre des Über-Ich, deren bekannteste Form die ist, daß jede Vaterimago imitiert werden will, ohne Rücksicht auf eigene Talente und Fähigkeiten. Über die verschiedenen Formen der neurotischen Fixierungen des väterlichen Über-Ich („Ich muß so sein wie mein Vater") wird noch gesprochen werden. Gerade gesunde Männer sind es, welche weitgehende Abweichungen vom väterlichen Ideal zeigen, sie kommen auch gelegentlich zur Formel: „so wie dein Vater sollst du nicht sein". Sie sind fähig, sich an qualitativ verschiedene Vaterimagines anzulehnen und können es dadurch zu weitgehender Vervollkommnung ihrer Persönlichkeit bringen. Es wäre kein kultureller Fortschritt denkbar, wenn die Identifizierung mit qualitativ anderen Vaterimagines, das heißt Aufrichtung neuer Ichideale nach Auflösung des alten nicht stattfände. Diese sublimierende Wandlung des väterlichen Ideals steht einer später zu beschreibenden, neurotischen Wandlung nahe, welche durch reaktive Über-Ich-Bildung gekennzeichnet ist. Es ist aber nicht gleichgültig, ob ein Revolutionär auf sozialem Gebiet lediglich aus Reaktion gegen den Vater „revolutioniert", oder aus Anlehnung an eine revolutionäre Vaterimago, ohne Rücksicht auf die väterliche Einstellung. Bedingung dieser günstigen Über-Ich-Entwicklung ist, daß keine hemmende, objektlibidinöse Bindung an den Vater vorliegt.

*

Wie beim Manne genitale Identifizierung mit dem Vater die psychische Gesundheit gewährleistet und die Möglichkeit zur Überwindung des väterlichen Ideals schöpferische Kräfte freilegt, so ist bei der Frau die vaginale Identifizierung mit der (gebärenden) Mutter eine Vorbedingung der Realitätsfähigkeit und des subjektiven Wohlbefindens. Das Mädchen hat, wie

die Psychoanalyse nachgewiesen hat, größere Überwindungsarbeit zu leisten als der Knabe. Der Peniswunsch drängt von vornherein stärker zur Identifizierung mit dem Manne. Es wird also auch hier darauf ankommen, daß schon in der Ödipusphase die Mutteridentifizierung überwiegt. Dies gelingt dann am besten, wenn der Kindeswunsch den Peniswunsch wirksam ersetzen konnte. Die Psychoanalyse konnte zunächst nachweisen, daß zuerst Peniswunsch und Penisneid platzgreifen und dann im günstigen Falle durch den Kindeswunsch ersetzt werden. Karen Horney[1] konnte einen weiteren typischen Verlauf aufzeigen, den ich nach meinen Erfahrungen an weiblichen Neurosen bestätigen kann. Es entwickelt sich in dieser zweiten Gruppe zunächst ein intensiver Kindeswunsch bei normaler Mutteridentifizierung und erst auf seine Versagung hin entsteht der Peniswunsch. Ist im ersteren Falle das Kind ein Ersatz des Penis geworden, so hier umgekehrt, der phantasierte Penis ein Ersatz des versagten Kindes. Allerdings scheint der zuerst geschilderte Vorgang der weitaus häufigere zu sein. Für die psychische Gesundheit, das heißt die spätere Etablierung der mütterlichen Position ist es nun günstiger, wenn die mütterliche Identifizierung zuerst platzgriff und die später notwendige Bereitschaft zu gebären, von langer Hand vorbereitet ist. Das kleine Mädchen akquiriert nun zuerst das mütterliche Ideal: „Du darfst deinen Vater nicht sinnlich begehren", und verdrängt ihre genitale Bereitschaft. Die infantile Genitalität des kleinen Mädchens hat aber in den meisten Fällen nachweisbare Klitorisqualität, welche sie der phallischen Erotik des Knaben gleichsetzt. Während aber die phallische Erotik des Knaben ganz im Einklang steht mit der vorzubereitenden, endgültigen Sexualrolle, widerspricht die Klitorissexualität der später

1) Horney: Zur Genese des weiblichen Kastrationskomplexes. (Int. Ztschr. f. PsA. Bd. IX. 1923.)

notwendigen vaginalen Einstellung der Frau. In der Pubertät wird die Wandlung von der Klitoris- zur vaginalen Erotik, wie H. Deutsch neuerdings in einem Vortrage ausführte, nach einer Verstärkung der ersteren („Aktivitätsschub") normalerweise durchgeführt. Der endgültige Verzicht auf den Penis geht mit Festigung des mütterlichen Ideals einher. Es ist aber noch durchaus problematisch, woher die Vagina ihre erogenen Qualitäten bezieht. Die Lehre von der „Verschiebung der Klitoriserotik" läßt die Frage offen, wie es denn möglich sei, daß die seelisch durchaus phallisch-aggressiv verarbeitete Klitoriserotik die Wendung zum Vaginal-passiven durchmacht. H. Deutsch glaubt, daß hier eine typische Wendung eines Triebes mit aktivem zu solchem mit passivem Ziele stattfinde. Wie dem auch sei: gewisse vaginal-erotische Merkmale, die wir in der Analyse vaginal-anästhetischer Frauen zu studieren Gelegenheit haben, lassen vermuten, daß die Vagina nur dann bereit ist, die Klitoriserotik sozusagen zu übernehmen, wenn sie mit erogenen Qualitäten anderer Natur in intensiver Verbindung steht.

In erster Linie scheinen anale Triebkräfte die vaginale Erotik mitzubegründen. Vagina und Anus sind für das Unbewußte gleichbedeutend, „die Vagina ist dem After abgemietet" (Lou Andreas-Salomé, siehe auch Jekels[1] und Ferenczi[2]). H. Deutsch leitete in ihrem Vortrage am Psychoanalytischen Kongreß in Salzburg die „saugende" Tätigkeit der Vagina während des Aktes von oralen Triebkräften ab, sicher mit Recht. Wenn aber die spätere vaginale Erotik nicht von vornherein als solche in der Kindheit präformiert wird, wie etwa die männliche, phallische, sondern sich später aus analen und oralen Qualitäten zusammensetzt, so gehört zur normalen

1) Einige Bemerkungen zur Trieblehre (Int. Ztschr. f. PsA., Bd. I, 1913).
2) Genitaltheorie (Int. PsA. Bibl., Bd. XV. 1924).

Entwicklung der Frau ein partielles Zurückgreifen auf frühere Stufen der libidinösen Entwicklung nach der phallischen Versagung.[1]

Bezüglich der normalerweise stattfindenden Umwandlung des rein triebverneinenden in ein auch triebbejahendes Ichideal nach der Pubertät, gilt für die Frau dasselbe wie beim Manne. Infolge der sogenannten „doppelten Geschlechtsmoral", vollzieht sich aber diese notwendige Wandlung gewöhnlich nicht. Die Folge davon ist die nachweisbare, weitaus überwiegende Mehrzahl frigider Frauen. Eine Statistik darüber liegt nicht vor. Unverbindliche Schätzungen lauten auf 80 bis 90 Prozent, wenn man das Fehlen der vaginalorgastischen Fähigkeit als Kriterium der Frigidität auffaßt.

Die bisher so ziemlich allgemein geltende Anschauung vom „weiblichen Ideal" ist fast durchwegs dem mütterlichen entlehnt und auf analen und oralen Qualitäten aufgebaut. Das bürgerliche Idol von der sparsamen, reinlichen, fügsamen, ruhigen Hausfrau enthält auch die Forderung, die Frau solle ihr Kind selbst stillen, sie solle kochen und die Wirtschaft führen können; man mag über den Wert solchen Ideals streiten und behaupten, daß diese Ideologie vom Manne geschaffen wurde, um es recht bequem zu haben, und wir können bestätigen, daß der Mann in der Frau die für alles sorgende, letzten Endes die säugende Mutter sucht. Es ist damit in den letzten Jahren, insbesondere seit dem Kriege anders geworden. In das mütterliche Ideal sind Elemente des väterlichen aufgenommen worden, die Frau soll einen Beruf haben, die Familie miterhalten, sie soll sich auf allen Gebieten menschlichen Geistes ebenso betätigen wie der Mann.

---

1) Wie mir Frau Dr. H. Deutsch mitteilt, ist sie in ihrer demnächst erscheinenden „Psychoanalyse der weiblichen Sexualfunktionen" von anderen Gesichtspunkten her ebenfalls zu diesem Schlusse gelangt.

Diese nicht nur von Frauen ausgehende Änderung des alten, rein mütterlichen Ideals ist geeignet, die Konflikte, welche sich um den endgültigen Verzicht auf den Penis gruppieren, milder zu gestalten. Wenn nach dem rein mütterlichen Ideal der Peniswunsch keine andere Wandlung erfahren konnte, als die zum Kindeswunsch, so stehen heute Möglichkeiten offen, den Peniswunsch zu sublimieren. Zunächst wird es nach dem Vatervorbilde geschehen. Aber vielleicht schon in der nächsten Generation werden soziale und wissenschaftliche Tätigkeiten der Frau nicht mehr als Realisierung des väterlichen, sondern als solche des mütterlichen Ideals gelten. Heute schließt bei neurotischen Frauen das eine das andere aus, weil die Realisierung des väterlichen Ideals keine sublimierende, sondern reaktive ist. Frauen, welche „männliche“ Berufe ergreifen, haben zumeist auf den Penis nicht verzichtet und erweisen sich unfähig zur Realisierung des mütterlichen Ideals (Gebären, vaginale Bereitschaft). Die Analysen von Frauen, welche das väterliche, durch hervorragende Klitorisqualitäten gehaltene Ichideal reaktiv zu realisieren trachten, führen zu zweierlei Resultaten: entweder es wird auf den Penis verzichtet und an dessen Stelle das Kind (und der Mann) akzeptiert oder der Peniswunsch erfährt teilweise Sublimierung. Die Patientin, welche bisher krampfhaft, aus Reaktion zum Beispiel, studierte und womöglich jede mütterliche Haltung zurückwies, sowie männliche Eigenschaften betonte, kommt zur Einsicht, daß sich Studium oder ein anderer „männlicher“ Beruf mit Weiblichkeit sehr gut vereinbaren läßt. Sie akzeptiert ihre biologische Rolle als Kindesgebärerin und hört auf, an dem die ganze Frauenbewegung charakterisierenden Paradoxon festzuhalten, daß man nur als Mann studieren, nur als Mann „sexuelle Freiheit“ genießen könne. Denn der eigentliche Sinn einer Frauenbewegung hätte doch nur sein können, die Frau als Weib

zur Entwicklung zu bringen. Am richtigsten hat noch Grete Meisel-Heß[1] diesen Irrtum der Frauenbewegung wahrgenommen. So aber drohte die Bewegung daran zu scheitern, daß sie (unbewußt) Unmögliches wollte, nämlich der Frau den schwer vermißten Penis zu verschaffen. Was die Analyse im Einzelfalle leistet, hat soziale Not in breiten Schichten des arbeitenden Proletariats zuwege gebracht: die Vereinigung mütterlicher Haltung mit sozialer Tätigkeit. Auf intellektuellem Gebiete ist es bisher nur noch teilweise in der Pädagogik geschehen. Hier und dort ist die Ideologie, daß soziale und wissenschaftliche Berufe männliche seien, man also dazu unbedingt einen Penis benötige, größtenteils aufgegeben worden.

Wir fassen die Ergebnisse dieses Teiles unserer Ausführungen zusammen:

1) Bedingung der Anpassung an die Realität ist die Realisierung des mütterlichen Ideals bei der Frau, des väterlichen beim Manne.

2) Beide sind durchaus abhängig von der erogenen Bereitschaft:

a) Die Realisierung des väterlichen Ideals setzt die gelungene Aktivierung der phallischen Phase und die Überwindung des Kastrationskomplexes voraus. Diese schafft die Möglichkeit, sich eventuell auch vom väterlichen Ideal loszumachen, wenn veränderte Lebensbedingungen es erfordern. Die prägenitalen Triebkräfte werden zu sublimierten Strebungen auf sozialem Gebiete, die phallischen bleiben als solche bestehen.

b) Die Realisierung des mütterlichen Ideals hat zur Vorbedingung den Verzicht auf den Penis, seine Ersetzung durch das Kind (und durch den Mann). Klitorisqualitäten sind zur Begründung des mütterlichen Ideals schlecht geeignet.

1) Das Wesen der Geschlechtlichkeit (Jena 1919).

Dieses basiert vielmehr auf partiell reaktivierten, analen und oralen Triebkräften, welche den weiblichen Charakter konstituieren helfen. Die Klitoriserotik hilft zum Teil an der Herstellung der vaginalen Erotik mit, zum Teil wird sie in soziale Tätigkeit umgewandelt und schafft den aktiven Zug, dessen die Frau in hohem Maße fähig ist.

3) Bei beiden Geschlechtern bauen sich normalerweise die triebbejahenden Ichidealforderungen über der genitalen Stufe auf. Die Komplikation der genitalen Struktur des gesunden Weibes besteht lediglich darin, daß Erogenitäten dreier Organe (Klitoris, Anus, Mund) sich vereinigen müssen, um die realitätsgerechte Libidoposition zu schaffen. Negative Über-Ich-Bildungen der genitalen Stufe gibt es nur insofern, als sie den Inzestwunsch in der Verdrängung halten. Beim genital befriedigten Menschen kommt aber dieses negative Über-Ich kaum in Betracht, weil der (sonst zu unterdrückende) Inzestwunsch abgebaut wurde. Alle übrigen negativen Ichideale basieren auf den prägenitalen Stufen, soweit prägenitale Libido zu unveränderter Befriedigung drängt. Soweit sie sublimiert ist, verschmelzen die negativen Ichideale als positive mit denen der genitalen und schaffen eine harmonische, zielstrebige, voll realitätsangepaßte Persönlichkeit. Ganz allgemein spiegeln sich die Gegensätze: gesund—krank, Realitätsprinzip—Lustprinzip, in den anderen: genital—prägenital, positives—negatives Über-Ich, Sublimierung—Reaktionsbildung wieder.

*

Wir gehen nun über zur Erörterung pathologischer Über-Ich-Bildungen auf Grund der

geschlechtlichen Fehlidentifizierung,

wobei wir unser Hauptaugenmerk wieder der erogenen Grundlage der Fehlentwicklung des Ich zuwenden werden.

In der Psychoanalyse ist die Identifizierung der Tochter mit dem Vater („Männlichkeitskomplex"), sowie die des Sohnes mit der Mutter („passiv-feminine Einstellung zum Vater") eine längst bekannte und gut studierte Tatsache. „Der Ausgang der Ödipussituation in Vater- oder Mutteridentifizierung scheint . . . bei beiden Geschlechtern von der relativen Stärke der beiden Geschlechtsanlagen abzuhängen" (Freud „Ich und Es"). Die „Geschlechtsanlagen" bedienen sich aber bestimmter erogener Positionen, wie zum Beispiel die passiv-feminine Haltung des Mannes auf analer Libido fußt. Damit sind aber die Tatbestände nicht erschöpft. Wir kennen zum Beispiel eine Identifizierung mit der Mutter, bei welcher die männliche Haltung nicht aufgegeben wird. Der typische Repräsentant dieser Möglichkeit ist der narzißtisch-männliche Homosexuelle, der, wie Sadger nachwies, als Mann die Mutter mit dem Penis sucht, dabei aber selbst mit Vorliebe junge Männer zu Liebesobjekten wählt, denen gegenüber er unbewußt die führende, sorgende Mutter spielt. Im übrigen bestehen Identifizierungen mit dem gegengeschlechtlichen Elternteile wohl in jedem Falle.

Das, worauf es aber letztlich ankommt, ist, wie weit diese Fehlidentifizierung sich in der Gesamthaltung ausdrückt, wie weit sie der Frau den Stempel des Männlichen, dem Manne den Stempel des Weiblichen *wirklich* aufdrückt. Mit anderen Worten: *ob diese Fehlidentifizierungen im Ichideal oder im Ich erfolgen*, also realisiert werden. Ehe wir zu speziellen Erörterungen übergehen, wollen wir ganz allgemein feststellen, daß es prinzipiell zwei Möglichkeiten gibt, welche zu geschlechtlichen Fehlidentifizierungen Anlaß geben: *1)* Die Fehlidentifizierung wird von vornherein eingeleitet durch eine schon bestehende[1] *erogene Anlage*. So

1) Hier gilt die Einschränkung, daß die erogenen Anlagen durch entsprechendes Verhalten der Erziehungspersonen gestärkt werden können.

wird eine starke anale Disposition das männliche Kind von vornherein auf der analen Stufe festhalten und damit die Grundlage zu einer weitgehenden Identifizierung mit der Mutter abgeben. Eine besonders betonte Klitorisposition wird beim Mädchen dasselbe in Hinsicht auf die Vateridentifizierung leisten. *2)* Zu diesen erogenen Anlagen kommt aber ein Erlebnismoment hinzu, welches nicht unterschätzt werden darf: die Analyse kann nämlich nachweisen, daß die Über-Ich-Bildung vorwiegend nach jenem Elternteile erfolgt, dem gegenüber die Ambivalenz besonders wirksam ausgeprägt war, oder mit anderen Worten, von dem die hauptsächlichen Versagungen ausgingen. Es liegt in der Natur der libidinösen Starre, daß objektlibidinöse Beziehungen, solange sie effektiv bestehen, nicht zur Identifizierung führen. Erst wenn die Versagung und damit die Ambivalenz einsetzt, erfolgt die Rückziehung der Libido und die Aufnahme des Objekts ins Ich. Normalerweise hat das Mädchen eine mehr weniger eindeutige, positive Stellung zum Vater, eine ambivalente zur Mutter, der Knabe umgekehrt. Aus dieser Situation entwickelt sich, wenn keine weiteren Komplikationen eintreten, die normale Mutteridentifizierung beim Mädchen, die Vateridentifizierung beim Knaben. An ihrer Wurzel sitzt der entsprechende Ambivalenzkonflikt.

Der Knabe erfährt die Versagung des Inzestwunsches schon durch das bloße Dasein des Vaters, das Mädchen durch das der Mutter. Die Analyse neurotischer Charaktere mit starken Fehlidentifizierungen zeigt nun den typischen Tatbestand auf, daß neben den sozusagen normalen Versagungen durch den gleichgeschlechtlichen auch solche vom gegengeschlechtlichen in wirksamem Ausmaße erlebt wurden. Die nächste Folge

So stärkt übermäßig langes Säugen die orale, ein anales Milieu die anale Position.

davon war dann, daß eine akute Ambivalenz auch dem gegengeschlechtlichen Elternteil gegenüber entwickelt wurde, was weiter zur Rückziehung der Objektlibido und zur Introjektion des Objektes, also zur Fehlidentifizierung führte. Es ist für die Entwicklung des Ich von ganz entscheidender Bedeutung, ob die wirksamen Versagungen der Onanie, des Kinderspieles, des Inzestbegehrens usw. vom Vater oder von der Mutter ausgingen. Dabei sehen wir noch vollkommen von der komplizierenden Möglichkeit ab, daß der Charakter der versagenden Erziehungsperson, beziehungsweise die Differenz der Charaktere beider Elternteile sich in der Ichbildung des Kindes spezifisch ausdrücken muß.

Treffen die erwähnten zwei Grundlagen der Fehlidentifizierung zusammen, so muß es endgültig zum „Männlichkeitskomplex" der Frau und zum „Weiblichkeitskomplex" des Mannes kommen. Aber ebenso wie die Tatsache, daß jeder Mensch einen „Ödipuskomplex" hat, so gehört die Ubiquität des Männlichkeits-, beziehungsweise Weiblichkeitskomplexes bereits zu den Banalitäten. Die Frage, auf welche es ankommt, ist heute nicht mehr die, ob die Tatsache besteht, sondern wie sie besteht, wie die Konflikte erledigt wurden. Das prinzipielle Festhalten an dieser Fragestellung wird nicht nur vor einseitigen Erklärungsweisen schützen, sondern das fruchtbarste Gebiet, das Problem der Neurosenwahl, der Psychoanalyse eröffnen. Wenn wir auch heute noch sehr im Dunkeln tappen, sobald an uns die Frage nach der spezifischen Ätiologie herantritt: hie und da zeigen sich bestimmte Typen, welche bestimmte typische Entwicklungsschädigungen aufweisen. Der Versuch einer psychoanalytisch-genetischen Typenlehre würde aber heute sicher zu einer Verbauung jeder Entwicklung unserer Forschung in dieser Richtung führen. Sie steht nicht am Anfang, sondern am Ende der psychoanalytischen

Arbeit. Es fehlt uns in erster Linie die Psychoanalyse der Schizophrenie. Unser Versuch kann sich also nur darauf beschränken, einzelne typische Mechanismen der Charakterbildung aufzuzeigen und muß die Ausfüllung der Lücken der weiteren, langsamen Forschung überlassen.

Die Mutteridentifizierung des Mannes kann zwei typische Bilder zeigen, welche zwei verschiedenen erogenen Fixierungen entsprechen: die Mutteridentifizierung der ambivalenten genitalen Stufe (nach Abraham) und die der analen Stufe. Der typische Vertreter der ersten ist der narzißtische, mehr weniger bewußt Homosexuelle, wie ihn Sadger[1] und Abraham[2] bereits beschrieben haben. Diese oberflächlich selbstsicheren, „kompensierenden Narzißten"[3] zeigen folgende typische Libidoentwicklung: sie haben den Ödipuskomplex nie überwunden, sind vielmehr an der ambivalenten, genitalen Stufe[4] fixiert geblieben, jedoch ohne wirksame Regressionen zu früheren Stufen. Eine zentrale Bedeutung hat die Vorstellung von der Mutter mit dem Penis gewonnen. Zwei solcher Patienten, die ich behandelte, träumten ganz offenkundig von Frauen, deutlichen Mutterimagines, welche Schläuche oder auch direkt männliche Geschlechtsteile an Stelle der weiblichen hatten. In dieser Vorstellung wirkt typischerweise zweierlei mit: erstens kann das penislose Genitale der Frau wegen der eigenen Kastrationsangst nicht glatt gedacht werden, das Unbewußte hält am Penis der Frau fest (Freud); zweitens hat der weibliche Penis auch regelmäßig die Bedeutung der Brust. Solche Männer haben auch die orale Fixierung nie

1) Geschlechtsverirrungen, Wien, 1921.

2) Über eine besondere Form des neurotischen Widerstandes gegen die psychoanalytische Kur (Int. Ztschr. f. PsA., Bd. VI, 1920).

3) Reich: Zwei narzißtische Typen (Int. Ztschr. f. PsA., VIII, 1922).

4) Abraham: Entwicklungsgeschichte der Libido (Neue Arb. z. ärztl. PsA., Nr. II, 1924).

überwunden und der passive und aktive Fellatioakt spielt in ihrem Geschlechtsleben eine große Rolle. Auf der genitalen Stufe hatten sie zunächst den Weg zur normalen, genitalen Vateridentifizierung eingeschlagen. Nach Mißlingen derselben (Kastrationsangst vor dem Vater!) beginnt eine Identifizierung mit der Mutter. Wenn solche Männer, welche von vornherein zur aktiven Form der Homosexualität neigen, diese manifest werden lassen, so lieben sie junge, mädchenhafte Männer, das heißt wieder die Frau mit dem Penis, aber andrerseits spielen sie ihnen gegenüber die Mutter, sie spielen sich als ihre Beschützer auf, führen sie ins Geschlechtsleben ein, sind dabei heterosexuell ganz oder partiell impotent. Kommt es zu Fellatioakten, so wirken passive und aktive Säugephantasien (Mutteridentifizierung!) typisch mit. Zwei meiner Patienten dieses Typs sind ohne Väter aufgewachsen, der Vater des einen war früh gestorben, der andere war uneheliches Kind. Das Fehlen des Vaters scheint somit die Aktivierung der genitalen Stufe nicht zu hindern, im Gegenteile besonders intensiv zu gestalten und trotzdem die Mutteridentifizierung zu ermöglichen. Wo die Kastrationsangst der Mutter gilt, da ist die mütterliche Identifizierung so gut wie sicher, besonders dann, wenn die Mutter die vorwiegend erziehende Person war. Dem widerspricht nicht, daß diese aktiven und narzißtischen Homosexuellen im Objekt auch sich selbst suchen, wie Freud und Sadger fanden. Ist doch jede Objektliebe von narzißtischer getragen. Gerade in diesem Suchen der eigenen Person im Objekt („narzißtische Objektwahl“, Freud) kommt die Mutteridentifizierung zum Ausdruck.

Ganz anders ist es mit der Mutteridentifizierung auf analer Basis. Es fehlt die genitale Aktivität, es besteht immer Impotenz, meist in Form der ejaculatio praecox mit oder ohne Erektionsunfähigkeit. Im Charakter sind diese Patienten

weich, weiblich, zeigen demütige Hingabe an starke Vaterimagines. Trotz hochgespanntem, väterlichen Über-Ich besteht eine neurotisch-resignierende Haltung. Das väterliche Ideal ist zwar vorhanden und vielfach stark, aber nicht realisiert, der Wunsch, ein voller Mann, tüchtig im Sexuellen und Sozialen zu sein, lebt sich zumeist in Tagträumen aus, realisiert ist lediglich das mütterliche Wesen, das in scharfen Gegensatz tritt zum nicht realisierten väterlichen Ideal. Diese Menschen zeigen die von Adler betonten Mechanismen des Minderwertigkeitsgefühls und seiner Kompensation durch „fiktive Leitlinien" in typischer Weise. Da sie das väterliche Ideal nicht zu realisieren vermögen, spinnen sie sich in eine Märtyrerrolle ein, hinter welcher der narzißtische Glaube steckt, sie allein seien edel und gut und letzten Endes mehr wert als die ganze übrige Welt, unter deren Roheit (gemeint ist Realitätstüchtigkeit) und materialistischer Gesinnung sie zu leiden hätten. Dabei kokettieren sie mit der „Roheit", möchten gerne selbst roh, materialistisch, letzten Endes so potent sein wie ihr Vater.

Ein Patient dieses Typs erklärte mir eines Tages, er glaube gar nicht, daß die Analyse ihn von der Impotenz befreien könnte; er werde dann potent sein, wenn sein Vater gestorben sein werde. Es war nun sehr merkwürdig, daß er seinen Vater verurteilte, weil er noch mit 60 Jahren die ebenso alte Mutter „mit dem tierischen Verkehr quäle". Der Patient selbst litt nicht nur an ejaculatio praecox durchaus urethralerotischer Natur, sondern wies eine anale Fixierung auf, wie sie nicht häufig ist. Er litt seit frühester Kindheit an Obstipation. Es war vorgekommen, daß er, insbesondere auf Reisen, 10 und 12 Tage nicht defäzieren konnte. Die Defäkation war an bestimmte Bedingungen geknüpft: er mußte auf einem mit heißem Wasser gefüllten Topf hocken oder sich von der Mutter eine Irrigation geben lassen. Es bestand eine zentrale, anale Fixierung an die Mutter. Schon in frühester Kindheit wollte er nur von der offenkundig ebenfalls analen Mutter Irrigationen empfangen. Die ganze Familie litt an habitueller Obstipation. Die des Patienten wich dauernd in der Analyse. Als er zum ersten Mal einen Koitusversuch unternehmen wollte, passierte ihm das Merkwürdige, daß er der Frau den Rücken

zukehrte und einschlief. Die Analyse erwies, daß er damals unbewußt die Irrigation erwartet hatte. Er hatte eben seine spezifisch anale Beziehung zur Mutter in die Situation übertragen. Sein Wesen glich bis ins kleinste Detail dem der Mutter. Er war pedantisch, rein, ordnungsliebend, in sich gekehrt, gedrückt, den Vater fürchtend und verachtend wie sie. Drei ältere Geschwister hatten sich längst vom Hause zurückgezogen und geheiratet, er konnte sich von der Mutter nicht trennen. Er fühlte sich verpflichtet, „den Kitt der miserablen Ehe" zu bilden. Der Wunsch, von der Mutter irrigiert zu werden, war von einem tieferen getragen, vom Vater anal koitiert zu werden. Der Patient hatte die anale Stufe nie überwunden, die genitale war nur in Ansätzen erreicht worden. Die Onanie war anal und urethral. Es bestanden keine genital-heterosexuellen Koitusphantasien, sondern Wünsche, an der Brust, auch an der Vagina zu lecken, der Frau zwischen die Beine zu kriechen, gebunden zu werden und ähnliches mehr. Im vierten Lebensjahr war nach einer kurzen Periode genitaler Onanie eine Kastrationsdrohung vom älteren Bruder vorgefallen, worauf die Genitalität voll unterdrückt wurde. Dazu kam die intensivierende Wirkung auf die anale Position durch die Mutter.

Er pflog mit Vorliebe sexual-gehemmte Freundschaften mit überlegenen, durchaus männlichen Männern, die seinem Wesen vollkommen widersprachen. Er bewunderte sie, fühlte sich minderwertig, bis er sich schließlich unter irgend einem nichtigen Vorwand zurückzog. In der Analyse entfaltete er nun eine durchaus passiv-feminine Übertragung und produzierte in Anlehnung an die Analyse der Obstipation ausgesprochene Schwangerschaftsphantasien; in einem Traume heißt es, er setze Kot ab, dieser verschwinde und dann spielten „winzig kleine" Kinder im Zimmer. „Winzig klein" waren aber die Kotstückchen bei der gewöhnlichen Defäkation. In anderen Träumen hieß es, der Analytiker oder der Freund befruchte ihn durch den Mund (orale Empfängnistheorie).

Zu dieser Realisierung des mütterlichen Ideals mit Sexualausschluß fürs Bewußtsein traten Charaktereigenschaften hinzu, welche das genaue Gegenteil derjenigen des Vaters darstellten. Der Vater war neugierig, öffnete jeden ins Haus gelangenden Brief, der Patient befleißigte sich besonderer Diskretion. Der Vater war geizig, schätzte das Geld sehr hoch ein, der Patient verachtete und vergeudete es. Der Vater legte sich bezüglich intimer Angelegenheiten keinen Zwang im Hause auf, er ließ Winde ohne Rücksicht auf die Anwesenheit von Familienmitgliedern; der Patient litt schwer unter der Unfähigkeit zur Flatulenz (sie wich in der Analyse prompt nach Aufdeckung des Zusammenhanges). Der Vater war ein Frauenjäger, der Patient das Gegenteil. Der Vater war schließlich, wie der Patient behauptete, „überpotent", der Patient war impotent.

Die realisierten Vateridentifizierungen sind also durchwegs reaktiver Natur. „Nicht so sein wie der Vater, sondern das gerade Gegenteil", war die Devise. Solche reaktive Über-Ich-Bildungen sind im Charakter neurotischer Menschen überaus häufig anzutreffen. Sie konstituieren die Persönlichkeit des (gehemmt) passiv-femininen Mannes ebenso, wie die der Frau mit gehemmtem Männlichkeitskomplex und werden dann besonders kraß ausfallen, wenn die Charaktere der Eltern ausgeprägt kontrastierten. Es ist insbesondere für das männliche Kind unheilvoll, wenn ein strenger, liebloser Vater der ganzen übrigen Familie gegenübersteht. Mutter und Kinder schließen sich wie zur Abwehr innig zusammen, das männliche Kind identifiziert sich mit der Mutter, welche es liebt und vor dem Vater schützen will; es verzichtet dabei auf seine Genitalposition und weicht auf die anale Stufe zurück. Es resigniert im Kampfe mit dem Vater und bringt es nie zu einer wesentlichen Unabhängigkeit (neurotische Resignation).

Hat hier die Reaktion gegen den strengen Vater zur Mutteridentifizierung geführt, so kann ein ähnliches Resultat entstehen, wenn der Vater weich, gütig, nachgiebig war und die Mutter den „Herrn im Hause" spielte. Dann liegt aber keine Mutteridentifizierung, sondern eine Identifizierung mit dem milden Vater vor: es gibt feminine Männer, die in ihren Objektwahlen immer das Moment der herben, strengen Mutter betonen, das „Mannweib" lieben, dem sie sich gewissermaßen masochistisch hingeben. Diese Liebesbedingung färbt aber auch auf die Gesamthaltung ab.

Die Fehlidentifizierungen der Frau sind an den verschiedenen Formen der Frigidität am besten zu studieren. Man kann zwei Haupttypen frigider Frauen unterscheiden: die einen haben das mütterliche Wesen und den Kindeswunsch beibehalten, die anderen tragen ein prononciert männliches Wesen zur Schau, haben vielfach „männliche" Berufe ergriffen,

weisen den Geschlechtsverkehr entweder ganz zurück oder bleiben, wenn sie einmal heiraten, kalt, unzugänglich, herb. Im ersten Falle liegt eine führende, aber gehemmte Mutteridentifizierung vor. Die Frigidität solcher Frauen ist meist leichter zu beheben, als die des zweiten Typs und hat ihre letzte Ursache in einer unbewußten Bindung an den Vater, welche nie aufgegeben wurde. Wenn auch immer Peniswünsche bestehen, so sind sie entweder in Kindeswünsche übergegangen, das Kind bedeutet dann immer auch das männliche Glied, aber sie sind nie stark genug geworden, um den Charakter männlich zu gestalten. Diese Tatsache erfordert eine strengere Scheidung zwischen den Begriffen „Peniswunsch" und „Männlichkeitswunsch". Dieser ist der weitere und schließt jenen in sich, aber keineswegs ist dies umgekehrt immer der Fall. Die Frauen des ersten Typs können mit ihrer Frigidität sogar eine intensive Liebe zu ihrem Manne oder Geliebten entwickeln, sie scheitern bloß an der Realisierung der mütterlichen Forderung: „Du darfst deinen Vater nicht begehren." Befreit man sie von der Bindung an den Vater und vom übertragenen Verbot, so weicht die Frigidität prompt.

Die Frauen des zweiten Typs haben die Liebesenttäuschung vom Vater nicht ertragen und haben sich nach dem bekannten Schema den Vater einverleibt, sind selbst das geworden, was sie nicht erreichen konnten. Peniswunsch und kompensierte Kastrationsangst stehen im Vordergrunde; sie haben die Realisierung des mütterlichen Ideals hintangehalten und die des väterlichen bewirkt.[1] Die frühinfantile Geschichte solcher

1) Eine besondere Ausgangsform dieses Konfliktes ist die von Freud in „einem Falle weiblicher Homosexualität" (Int. Zschr. f. PsA. 1920, Ges. Schriften, Bd. V) beschriebene: das Mädchen wendet sich vom Vater ab und als Weib einer männlichen Frau zu. Die speziellen Bedingungen dieser Konfliktlösung sind unbekannt geblieben. (Strenge Mutter — milder Vater?)

Frauen enthält aber fast regelmäßig die starke, mütterliche Identifizierung: die Hingabe an den Vater als Weib (Mutter) und den Wunsch, vom Vater ein Kind zu bekommen. Solche Fälle sind die prognostisch günstigeren, weil die Analyse die verdrängte, realitätsgerechte Position des mütterlichen Ideals wieder aktivieren kann. Diese schwerere Form der Frigidität wird auf dem Wege der Analyse schließlich zur leichteren (erster Typ) gemacht.

Haben aber Peniswunsch und Kastrationsangst einsetzen können, ehe die normal zu nennende, einfache Ödipussituation sich entfalten konnte (zum Beispiel durch allzu frühe Spiele mit Knaben, wobei der Penisneid erwachte, oder Hemmung der Liebe zum Vater von vornherein durch abweisendes Verhalten desselben), dann hat die Analyse weit schwierigere Arbeit zu leisten. Es wäre eine dankenswerte Aufgabe zu untersuchen, ob (manifest) männlich-homosexuelle Frauen nicht solche Kinder waren, die nie eine wirksame, weibliche Einstellung zum Vater aktiviert hatten. Ich selbst verfüge über kein Material aus diesem Gebiete, kann mich aber auf Fälle berufen, welche aus dieser spezifischen Entwicklung heraus eine andere Wesenseinstellung zeigen. Grob schematisiert, verläuft die Libidoentwicklung folgendermaßen: der Vater war streng abweisend, lieblos, die Mutter gütig, gedrückt, liebevoll. Das Mädchen gerät sehr früh in einen schweren Ambivalenzkonflikt *mit dem Vater*, was erfahrungsgemäß die heterosexuelle Liebe schwächt und die Disposition zum Männlichkeitskomplex setzt. Die ganze Liebe wird der Mutter zugewendet. Die Bindung an die Mutter ist eine vorwiegend *orale* und schafft später mit oder ohne eigene Männlichkeitswünsche eine intensive Hingabe an entsprechende Mutterimagines *als Kind*. Solche Mädchen leiden an den Forderungen der Realität und führen die Situation des Schoßkindes immer wieder herbei. Auch

Mutterleibssehnsucht steht dann mehr im Vordergrunde, als in anderen Fällen und führt zu einer oft sehr weitgehenden Realitätsunfähigkeit.

*

Wie verlockend auch der Versuch ist, weitere atypische Abweichungen von der realitätsgerechten Charakterstruktur an speziellen Fällen zu erörtern: wir unterlassen es mit Rücksicht auf die Lückenhaftigkeit der empirischen Befunde. Wir sind uns auch der Schematik unserer bisherigen Darstellung bewußt, die sich auf analytische Erfahrung und auf die bisherigen analytischen Theorien stützen konnte. Aber die Mannigfaltigkeit und Kompliziertheit menschlichen Erlebens läßt sich niemals restlos in Begriffen ausschöpfen. Wer über eigene analytische Erfahrung verfügt, wird unsere Ausführungen bestätigen, gewiß auch korrigieren und erweitern können.

Mögen Fehlidentifizierungen, konfliktuöses Verharren im Ödipuskomplex oder anderes, spezielles Erleben auf dem Grunde einer spezifischen, erogenen Disposition den Charakter eines Menschen so gestaltet haben, daß Realitätsfähigkeit und Lebensfreude mit oder ohne Bildung neurotischer Symptome litten: die Ichideale sind in die Persönlichkeit fest eingebaut, das Ich „identifiziert" sich mit ihnen, ja, wir glauben gezeigt zu haben, daß die Realisierung bestimmter Ichideal-Forderungen den neurotischen Charakter erst konstituiert. Der Unterschied des triebgehemmten, neurotischen Charakters, wie er jeder Symptomneurose zugrunde liegt, gegen den ungehemmten, triebhaften Charakter ist in einer spezifischen Entwicklungsstörung des Ich zu suchen, deren Erörterung wir uns in den folgenden Abschnitten zuwenden.

IV

Ambivalenzkonflikt und Ich-Bildung beim triebhaften Charakter

Wie fruchtbar auch die psychoanalytische Durchforschung des kindlichen Erlebens zwischen dem dritten und sechsten Lebensjahre geworden ist, es läßt sich doch nicht leugnen, daß uns die wesentlichsten Stücke zum vollen Verständnis der seelischen Entwicklung noch fehlen, weil wir in den Analysen Erwachsener nur ganz ausnahmsweise tiefer, als bis zum dritten Lebensjahre vordringen können. Erinnerungen aus früherer Zeit tauchen zwar gelegentlich auf, sie sind aber derart vage, so wenig in organischer Verbindung mit dem übrigen Material, daß man es nicht wagen kann, auf ihnen einigermaßen sichere Schlüsse aufzubauen. Dennoch kann heute die Annahme als gesichert gelten, daß der Mensch gerade in den ersten zwei Lebensjahren mehr und in entscheidenderer Weise erlebt als jemals später. In diese so kritische Phase des Ödipusalters tritt das Kind bereits mit, wenn auch nicht endgültig, so doch in großen Zügen fertigen Haltungen ein. Der Ödipuskomplex stellt sich uns als eine Linse dar, in der sich die Strahlen der Triebe brechen. Sie verleihen ihm sein spezifisches Gepräge und erfahren durch die Erlebnisse dieser Phase weitgehende Modifikation. Der von Anna Freud[1] mitgeteilte Fall eines

1) Ein hysterisches Symptom bei einem zweieinvierteljährigen Kinde (Imago, Bd. IX, 1923).

hysterischen Symptoms bei einem zweieinviertel Jahre alten Kinde zeigt, wie dunkel dieses Gebiet noch ist. Die methodischen Schwierigkeiten scheinen unüberwindbar zu sein. Soweit bisher direkte Kinderbeobachtungen mitgeteilt wurden, erstrecken sie sich nur auf Kinder nach dem zweiten Lebensjahre. Es fehlt uns an analytisch geschulten Kleinkinder- und Säuglingspflegerinnen.

Ein zweiter indirekter Weg zur Kenntnis der frühesten Entwicklungsphasen ist die klinische Durchforschung bestimmter Formen der Schizophrenie und der Melancholie, deren Fixierungsstellen wir in jenen ersten postembryonalen Stadien zu finden glauben. Es gibt Fälle von Schizophrenie, welche tatsächlich Verhaltungsweisen und Mechanismen bieten, die dem des Säuglings oder des einjährigen Kindes, ja dem embryonalen Zustande selbst entsprechen. Sehr lehrreich in Bezug auf die Verwischung der Ichgrenze gegen die Außenwelt ist der Fall von Tausk,[1] in Bezug auf primitivste Sexualkonflikte der Fall Nunbergs.[2]

Wenn sich bei gewissen Formen der Schizophrenie die Ichgrenze ganz oder teilweise verwischt und wir gleichzeitig bestimmte Züge des kleinen Kindes auftreten sehen, so kann es nicht mehr Spekulation genannt werden, wenn die Psychoanalyse annimmt, daß das Ich des Kindes sich erst allmählich aus dem Chaos löst, daß die Ichgrenze sich langsam herausbildet und in dieser ersten Phase der Ichbildung der Grundstein zu Fehlentwicklungen des Ich gelegt wird.

Ein reines Trieb- oder Lust-Ich tritt den Reizen der Umwelt entgegen, „identifiziert" sich mit ihnen, soweit sie lustvoll sind, lehnt sie ab, wenn sie unlustvoll sind, auch dann, wenn sie

1) Entstehung des Beeinflussungsapparates in der Schizophrenie (Int. Ztschr. f. PsA., Bd. V, 1919).

2) Über den katatonen Anfall (Int. Ztschr. f. Psa., Bd. VI, 1920).

diesem Trieb-Ich selbst entstammen. Das ursprüngliche Lust-Ich hat weitere Grenzen als das spätere Real-Ich, soweit es sich um Lusterleben (F r e u d),[1] engere, soweit es sich um Unlust handelt. Lustvolle Objekte der Außenwelt werden als dem eigenen Ich zugehörig aufgefaßt und da das zentrale Objekt dieser ersten Phase die mütterliche Brust ist, glauben wir auch das Motiv verstehen zu können, welches die Aussendung von Objektlibido aus dem narzißtischen Reservoir bewirkt: die Mutterbrust muß schließlich doch als der Außenwelt zugehörig erkannt, sie muß daher aus dem Ich „hinausverlegt" werden und zieht den an ihr hängenden Libidobetrag nach sich. So wird zum ersten Mal narzißtische Libido in Objektlibido verwandelt. Die ersten Objekte sind nicht Personen der Umgebung als ganze, sondern deren Organe, soweit sie lustvoll waren. In der Analyse zerfällt das Objekt allmählich in einzelne Organe, zum Beispiel an der Mutter tritt dann besonders die Brust hervor. Sowie in der Analyse rückläufig die zärtliche Libido letzten Endes zu reiner Organlibido zurückführt, so setzt sich die kindliche Organlibido fortschreitend in sublimiertere Formen zärtlicher Libido um. Von der Mutterbrust breitet sich die Libido auf die Spenderin der Nahrung, Liebe und Ruhe, auf die Mutter aus.

Einflüsse der Erziehung

Aber schon an der ersten Phase dieses bedeutsamen Prozesses setzen Versagungen ein: die Mutterbrust wird entzogen. Gewährung und Versagung stehen einander aber an jeder Entwicklungsstufe gegenüber, ja die Fortentwicklung von Stufe zu Stufe ist allein durch die Versagung gewährleistet.

1) Formulierungen über die zwei Prinzipien des psychischen Geschehens (1911, Ges. Schriften, Bd. V).

In dem Nebeneinander von Triebbefriedigung und Versagung haben wir aber mit Graber[1] die ontogenetische Wurzel der Ambivalenz zu erblicken. Das Kind liebt die triebbefriedigende und haßt die triebversagende Person. Wenn der Haß älter ist als die Liebe, wie Stekel und Freud ausgeführt haben, so liegt das an der Unlust bei der Geburt. Diese Unlust wird dann durch Organlust vergessen gemacht und tritt in Form von Geburtsangst, beziehungsweise von Wünschen nach Rückkehr in den Mutterleib, wie Rank betont, dann auf, wenn die Triebversagungen von allem Anfang an zu stark ausfallen.

Die Ambivalenz ist also in der seelischen Entwicklung naturnotwendig gegeben. Diese ambivalenzzeugenden Situationen hat jeder Mensch mitgemacht, so daß wir uns fragen müssen, was hinzukommen müsse, damit die Ambivalenz pathogen werde. Es kommt darauf an, in welcher Form und Stärke und in welchem Stadium der Triebbefriedigung die Versagung einsetzte, sowie darauf, welche Einstellung das Kind zur Erziehungsperson im fraglichen Zeitpunkt hatte. Es gibt nun prinzipiell vier Möglichkeiten:

1) Partielle Triebbefriedigung und stückweise Versagung, dadurch allmähliche Verdrängung. Diese Situation stellt das Optimum des Entwicklungsganges dar: im Stadium der partiellen Triebbefriedigung lernt das Kind die Erziehungsperson lieben und nimmt dann die Versagungen ihr „zuliebe" auf sich. Dieses Optimum versuchen wir ja auch in der analytischen Situation herzustellen. Die Triebbefriedigung muß von allem Anfang an partiell sein, der Säugling muß sich zum Beispiel von vornherein an bestimmte Stunden der Nahrungsaufnahme gewöhnen. Die Versagung

1) Die Ambivalenz des Kindes (Imago-Bücher, Nr. VI, 1924).

muß immer intensiver werden, ohne jedoch jemals zur totalen Triebhemmung zu führen. Denn der zu unterdrückende Trieb muß die Möglichkeit haben, sich umzusetzen, beziehungsweise durch einen anderen Partialtrieb ersetzt zu werden.

2) Die Triebversagung erfolgt nicht allmählich, sondern setzt in jeder Phase von allem Anfang an voll ein. Es muß zu totaler Triebhemmung kommen, wie sie für manche abulische Patienten typisch ist. So wirkt zum Beispiel in manchen Fällen das Aufziehen bei der Flasche oder die totale Versagung der genitalen Onanie hemmend auf die Liebesfähigkeit[1] ein. Ist die Triebbereitschaft eine starke, so wird der Ambivalenzkonflikt zugunsten des Hasses verstärkt. Dies besteht für viele triebgehemmte Zwangsneurosen zu Recht.

3) Die Triebversagung fehlt zur Zeit der ersten Entwicklung vollkommen oder praktisch so gut wie vollkommen, weil das Kind ohne Aufsicht aufwächst. Das Resultat kann nur ungehemmte Triebhaftigkeit sein. Da sich früher oder später doch die Einflüsse der weiteren Umgebung geltend machen, muß es zu schweren Konflikten kommen. Während wir die unter *1)* und *2)* genannten Möglichkeiten analytisch belegen können, ist die dritte Möglichkeit in dieser extremen Form konstruiert. Doch sind wir der Überzeugung, daß analytische Durchforschung von Verbrechern, Prostituierten usw. solche Tatbestände zutage fördern wird.

Als *4.* Möglichkeit haben wir schließlich jene im Auge, welche meiner Erfahrung nach beim triebhaften Charakter typisch ist. Sie deckt sich zum Teile mit der dritten. In der Analyse triebhafter Charaktere findet man mit überraschender Regelmäßigkeit den Tatbestand vor, daß einer weitgehend

1) Fall 6 in Reich: Über Genitalität (Int. Ztschr. f. PsA., Bd. X, 1924).

ungehemmten Triebbefriedigung eine (oft spät einsetzende) traumatisch wirkende Versagung entgegenstand. So zum Beispiel wurde eine meiner hierhergehörigen Patientinnen von ihrem Vater mißbraucht, andererseits aber von ihm bis zur Ohnmacht geprügelt, wenn sie sich mit Spielgenossen auf der Straße abgab. Eine andere Patientin war vollkommen ohne Aufsicht aufgewachsen und schon mit drei Jahren (wahrscheinlich schon früher) zu genitalen Spielen gekommen, wurde aber von der Mutter aufs fürchterlichste geprügelt, wenn sie einmal zufällig erwischt wurde. Es ist überaus häufig, daß zum Beispiel Kinder in Bezug auf ein bestimmtes Moment besonders streng gehalten, sonst aber vollkommen sich selbst überlassen werden. So legte zum Beispiel der Vater einer Patientin besonderes Gewicht darauf, daß die Kinder pünktlich und alles aßen, er übersah aber vollkommen, daß die Kinder sonst mit Kot spielten, onanierten usw. Ebenso häufig kommt es vor, daß Kinder wenig beaufsichtigt werden, dadurch mangelhafte Triebhemmungen erwerben, bis eines Tages die Sache den Eltern „zu dumm wird" und nunmehr plötzlich, ohne Vorbereitung und mit aller Vehemenz „andere Saiten aufgezogen werden". Wir ersparen uns die Aufzählung weiterer Möglichkeiten. Jeder sehende Erzieher wird darüber mehr zu sagen haben. Die Inkonsequenz der Erziehung, mangelhafte Triebversagung auf der einen, auf ein Detailstück konzentrierte oder plötzlich, zu spät einsetzende Versagung auf der anderen Seite ist das gemeinsame Merkmal in der Entwicklung der triebhaften Charaktere.

Der Ambivalenzkonflikt nimmt hier ganz charakteristische Formen an. Entweder es überwiegt ständig Haß und Furcht den Erziehungspersonen gegenüber bei gleichzeitig ungehemmter Triebhaftigkeit, welche gelegentlich durch Trotzreaktionen noch verstärkt wird, oder, was ebenso häufig vorkommt, es steht

einer intensiven, unbefriedigten Liebessehnsucht ein ebenso intensiver Haß gegenüber. Es hängt von anderen Momenten ab, ob aus solcher Entwicklung mehr masochistische oder mehr sadistische Formen resultieren. Die Liebesunfähigkeit ist hier immer kraß und viel schärfer ausgeprägt als bei einfachen Symptomneurosen. Daneben besteht starke Liebessehnsucht.

Gegenüber der Ambivalenz der Zwangsneurose besteht der wesentliche Unterschied, daß die Reaktionsbildungen mangelhaft sind, die sadistischen Impulse mehr oder weniger voll ausgelebt werden. Bei der typischen Zwangsneurose ist die Ambivalenz auf Details, auf Gleichgültiges in scheinbar sinnloser Weise verschoben. Beim triebhaften Charakter kann es gelegentlich auch zu solchen Verschiebungen kommen, typisch ist aber, daß das ambivalente Verhältnis zu den ursprünglichen Objekten oder geeigneten Ersatzobjekten dauernd offenkundig bleibt. Beim triebhaften Charakter liegt die Schädigung durch das Verhalten der Erziehungspersonen klar zutage, bei einfachen Neurosen kommen solche Schädigungen gelegentlich vor, in der Mehrzahl der Fälle liegen sie gar nicht vor oder sind zumindest nicht auffallender als bei Gesundgebliebenen. Im infantilen Erleben triebhafter Charaktere liegen Häufungen grober Schädigungen vor, bei den Symptomneurosen sind grobe Schädigungen entweder gar nicht vorgefallen oder nur gelegentlich einmal. Typische Erlebnisse, wie sie auch von Gesunden erlebt wurden, zum Beispiel Kastrationsdrohungen, Beobachtungen des elterlichen Geschlechtsverkehres usw. haben beim triebhaften Charakter besonders krasse Formen angenommen, sei es, daß solche Menschen besondere Grausamkeit auch für nichtige Vergehen, gehäufte sexuelle Verführungen von den Erziehungspersonen selbst erfuhren oder in einem sadistischen Milieu aufwuchsen. Von der schlechten Ehe des kultivierten Menschen bis zu den ehelichen Roheitsexzessen des

Säufers gibt es alle Übergänge. Gerade für diese Art von Kranken gilt die Freudsche Annahme, daß Neurosen und pathologische Charakterbildungen zum großen Teile angelernt sind.[1] Es ist ja von vornherein klar ersichtlich, daß eine durch mangelhafte Triebhemmung charakterisierte Umgebung einerseits mangelhafte Ichidealbildungen beim Kinde setzt, andererseits die Triebversagungen brutaler ausfallen läßt, als notwendig ist. So kommt es zu der typischen akuten und scharfen Ambivalenz des triebhaften Charakters, der sich mit Recht darauf berufen könnte, er habe es nicht anders gelernt. Die Inkonsequenz des „Erziehers" spiegelt sich dann in den inkonsequenten Haltungen zur Umwelt. Es wäre durchaus falsch, hier von fehlenden Ichidealen zu sprechen. Das triebverneinende Ichideal ist aufgerichtet worden und vorhanden, doch ist das triebbejahende Über-Ich gleichzeitig akquiriert worden. Wäre dies nicht der Fall, so würde ungehemmte Triebhaftigkeit ohne neurotische Bildungen resultieren, wie es für manche asoziale Typen ohne solche zutreffen mag.

Auch das immer vorhandene Schuldgefühl insbesondere der masochistischen Formen des triebhaften Charakters weist auf eine starke Position der Ichideale hin; die Stärke der Ichidealposition muß aber durch ein Moment paralysiert sein, wenn trotzdem die Triebhaftigkeit ungehemmt wirksam ist.

Dieser vorwiegend durch äußere Momente bedingten pathogenen Über-Ich-Bildung kommt ein allen triebhaften Charakteren eigenes, inneres Moment entgegen. Es macht gleichzeitig den dispositionellen Faktor aus: die regelmäßig zu konstatierende, abnorm frühe sexuelle Bereitschaft, die übermäßig starke

1) „Die närrischen Launen, welche man auf Rechnung der Natur schreibt und dennoch bloß durch Erziehung pflanzet", schreibt Rousseau in seinen „Bekenntnissen" (Ausgew. Werke, Cotta, Bd. I, S. 51).

Betonung sämtlicher erogener Zonen. Ich konnte insbesondere feststellen, daß die Genitalität bei solchen Kranken abnorm früh zu voller Entfaltung kam. Bei milden Neurosen und bei Gesundgebliebenen pflegen ja Sexualbetätigungen in früher Kindheit zur Regel zu gehören, insbesondere die genitale Phase scheint um das 4.—5. Lebensjahr regelmäßig einen Höhepunkt zu erreichen. In manchen Fällen ist es zu durchaus gehemmter Triebbetätigung gekommen, Sexualwünsche und Inzestbegehren sind vielfach niemals mit voller, sinnlicher Kraft bewußt geworden, waren aber unbewußt in voller Stärke gegeben. Triebhafte Charaktere haben hingegen ihre Sexualität nicht nur sehr früh, sondern auch mit ganz bewußten Inzestwünschen ausgelebt. Dabei hat nicht eine Phase die andere abgelöst, wie bei der Symptomneurose, sondern es standen die Partialtriebe mehr oder weniger gleichwertig nebeneinander. Gerade solche Kranke weisen den typischen Befund polymorph-perverser Kinderspiele auf. Infolge der Sorglosigkeit der Umgebung haben solche Kranke weit mehr vom Sexualleben der Erwachsenen gesehen und verstanden, als es bei einfachen Neurosen im allgemeinen der Fall ist. Die Latenzzeit ist entweder überhaupt nicht oder nur sehr mangelhaft aktiviert worden. Bedenkt man die wichtige Rolle, welche die Latenzzeit in der Ichentwicklung des Menschen in Hinsicht auf Sublimierungen und Reaktionsbildungen zu leisten hat, so kann man den Schaden ermessen, der hier gestiftet wird. Die Pubertät wird von extremen Durchbrüchen der Sexualität eingeleitet. Ein Ausgleich findet nicht einmal durch die Onanie oder durch sehr früh aufgenommenen Sexualverkehr statt, weil die ganze libidinöse Organisation durch Enttäuschung und Schuldgefühl zerrissen ist.

Der folgende Fall ist in dieser Hinsicht lehrreich. Er zeigt neben der polymorph-perversen Libidostruktur Mechanismen des Schuldgefühls, welche auch für andere Formen triebhafter

Charaktere gelten. Ihre Besprechung soll die spätere des „isolierten Über-Ich" einleiten.

Zur Frage der „Grenzfälle"

Es handelt sich um eine Zwangsneurose, die aber die Diagnose einer Schizophrenie sehr nahe legt.

Eine 19jährige Patientin sucht die Analyse wegen eines quälenden Gedankens auf, der immer dann auftritt, wenn sie etwas Böses getan zu haben glaubt: die Welt geht unter, sie stürzt zusammen. Wenn sie eine Arbeit leisten soll, so muß sie denken: „Wozu soll ich das leisten, wenn die Welt eh' morgen untergeht." Am nächsten Tage ist sie ganz erstaunt darüber, daß „die Welt noch nicht untergegangen" ist. Dabei fehlt jede Spur manifester Angst; die Weltuntergangsphantasie ist vielmehr begleitet von einem Gefühl großer Trostlosigkeit und Öde, „alles ist tot, ausgestorben, ich wundere mich manchmal, daß die Menschen sich noch bewegen." Diese Depersonalisationszustände waren immer mit der Weltuntergangsphantasie verbunden, traten aber auch sonst mehrere Male am Tage auf. Sie empfindet zunächst die Phantasie vom Weltuntergang nicht als krankhaft, sie behauptet im Anfang, fest an die Möglichkeit eines Weltunterganges zu glauben. Die Patientin macht zeitweise einen sehr verlorenen Eindruck, sie hat Zustände, in welchen sie wie geistesabwesend während des Sprechens stockt und in die Ferne blickt, und spricht zeitweise unzusammenhängend. Der erste Eindruck war der einer Dementia praecox. Auch der Bericht der Eltern, daß sie tagelang traumverloren und arbeitsunlustig sei, schien dafür zu sprechen.

Ehe wir den Bericht fortsetzen, möchten wir erwähnen, daß ihre ältere und hübschere Schwester vollkommen lebenstüchtig ist, soweit bekannt, keinerlei neurotische Erscheinungen zeigt. Der Vater ist ein arbeits- und lebenstüchtiger Mensch, reizbar, jähzornig, herrisch, intelligent. Die Mutter angeblich gesund, eine Person mit einem geistig etwas beschränkten Horizont.

Den oben beschriebenen typisch schizoiden Merkmalen steht ein Verhalten gegenüber, das eine intensive, durch Trotz und Widerspruchsgeist charakterisierte Beziehung zur Außenwelt, insbesondere zu Eltern und Schwester verrät. Die Patientin fühlt sich in extremem Maße minderwertig, sie könne nichts leisten und müßte alles leisten können. Sie wollte alle Handwerke erlernen, Mathematik verstehen, den Aufbau einer Maschine begreifen, sie empfindet Nichtkönnen als „eine Unterdrückung vom Mann zur Frau". Wenn sie auf der Straße ein Mädchen Radfahren lernen sieht,

so muß sie denken, daß ein Mann viel geschickter sei, und sie empfindet die Unfähigkeit der Lernenden als Unterdrückung. Das Minderwertigkeitsgefühl steht in innigster Verbindung mit bewußten selbstquälerischen Tendenzen. Um nur ein Beispiel zu nennen: sie lernte Kochen, fühlte sich minderwertig, machte oft ganz bewußt und absichtlich alles verkehrt, und ihr größtes Vergnügen bestand darin, von der Mutter geschimpft zu werden. Sie gibt selbst zu, viele Dinge verkehrt zu machen, um die Leute zu ärgern und um geschimpft zu werden. Sie lernte nähen und zerschnitt absichtlich Stoffe, um hinausgeworfen zu werden. In der Analyse benimmt sie sich trotzig, renitent, und nach einigen Sitzungen fragt sie: „Ja, warum schmeißen Sie mich denn nicht hinaus?" Mit der Selbstquälerei geht regelmäßig die Idee vom Weltuntergang einher. Aber sie quält auch andere, so insbesondere die Mutter: sie stellt ihr absichtlich ein Bein, damit „sie falle und zerschelle". Sie ergötzt sich am Erfinden grausamer Phantasien, sowohl mit masochistischen, als auch sadistischen Zielen. Beispiele für erstere: es wird ihr ein Schwert durch die Scheide gestoßen, so daß es am Scheitel wieder hervordringt. Oder sie wird gezwungen, mit nackten Füßen auf einem mit Nägeln beschlagenen Brett zu gehen, so daß das Blut hervordringt.

Die erste Phantasie hängt mit ihrer Gonorrhöe zusammen, die sie im vierten Lebensjahre, wie sie genau angibt, vermutlich von einer Gouvernante akquirierte. Sie datiert auch ihr „Verrücktsein" von ihrem vierten Lebensjahr an. Sie stand durch sechs Jahre in spezialistischer Behandlung und die Schwertphantasie hat ihren realen Hintergrund in den Schmerzen, welche sie durch die Erweiterung der Cervix erfahren hatte. Die zweite Phantasie hängt mit ihrer seit frühester Kindheit ununterbrochen fortgesetzten Onanie zusammen. Sie war schon mit vier Jahren aufgetreten, als der Vater ihr die bekannten Kastrationsdrohungen zurief, ihr die Hände für die Nacht band und ähnliches mehr. Ihre sadistischen Phantasien lassen sich sämtlich aus den masochistischen ableiten. So sagte sie der Mutter: „Nimm ein Brett, beschlage es mit Nägeln und schlage es dem Vater an den Schädel." Oder: „Steig' aufs Fenster und stürz' dich hinunter. Sollte ich währenddessen beim Essen sein, so darfst du nicht glauben, daß ich dich hindern werde. Ich werde ruhig fertig essen und dann in den Hof gehen, um mir deine zerschellte Leiche anzusehen." Sie empfindet derartige Aussprüche weder als krankhaft, noch als lästig. Sie sagt es ruhig, ohne momentane innere Gemütsbewegung. Dann wieder bringt sie es zuwege, der Mutter um den Hals zu fallen und sie zu küssen. Es bedurfte in der Analyse langer, intensiver Anstrengung, der Patientin klarzumachen, daß die an banale Vorkommnisse geknüpfte Weltuntergangsphantasie dem Schuldgefühl entspräche, das eigentlich ihren

sadistischen Impulsen angehört. Besonderen Spaß bereitet es der Patientin, ihrer Mutter nahe vor den Augen mit gekrümmten Fingern „zu krallen", wie um sie zu blenden.

Vom Vater fühlt sich die Patientin unterdrückt, sie achtet ihn aber, weil er „gescheit ist" und der Herr im Hause war. Der Vater, ein offenbar stark sadistischer Charakter, schlug die Kinder (oft auch mit Ruten) ohne Erbarmen für kleinste Vergehen. Trotzdem, oder, ihrer masochistischen Einstellung entsprechend, gerade deswegen achtete sie ihn, ja sie hatte ein Stück seiner Art zu ihrer eigenen gemacht, denn sie benahm sich der Mutter gegenüber genau so wie der Vater. Sie zerschlug Teller im Zorn, war bissig und grausam zur Mutter, während sie ihrer großen Rivalin, der hübscheren und von allen vorgezogenen Schwester wie der Vater, später wenigstens, ihre Liebe und Bewunderung schenkte. Die Mutter stört sie „schon durch ihre bloße Anwesenheit". Sie sei dumm, schwach, lasse sich alles gefallen, verdiene daher keine Achtung.

Wir sehen deutlich, wie das brutale väterliche Ideal im Ich der Patientin platzgriff, wie stark ihre Identifizierung mit dem Vater ist. Daneben besteht in tieferer Schichte die masochistische Hingabe an den Vater, der die sadistische Einstellung gegen die Mutter parallel läuft. S o w o h l d i e s a d i s t i s c h e, a l s a u c h d i e m a s o c h i s t i s c h e T e n d e n z i s t a b e r v o l l b e w u ß t und wir sehen das Typische dieses Falles gerade in der vollen Bewußtheit von Tendenzen, die bei der einfachen Zwangsneurose stärkster Verdrängung zu unterliegen pflegen. Unserer Patientin fehlt auch die typische zwangsneurotische Übergewissenhaftigkeit, sie ist im Gegenteil in der Hauptsache gewissenlos.

Ein Äquivalent der zwangsneurotischen Gewissenhaftigkeit stellt das zentrale Symptom: die Weltuntergangsphantasie dar, die dem ungeheuren Schuldgefühl der Mutter gegenüber entsprach (über eine weitere, tiefere Determinierung später), sich aber an banale Alltagsbegebenheiten geknüpft hatte. Gerade diese Verschiebung des Schuldgefühls auf Banales ermöglichte aber erst die manifest sadistische Haltung. In der Analyse gelang die richtige Verknüpfung wieder; jetzt erst begann die

Patientin, ihre sadistischen Impulse der Mutter gegenüber als Zwang zu empfinden. In diesem Stück hatte der triebhafte, zwangsneurotische Charakter eine Umwandlung in ein typisches Zwangssymptom erfahren.

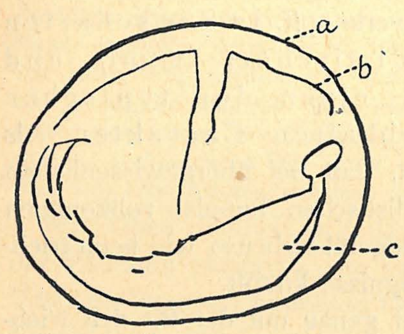
Bei der typischen Zwangsneurose ist, für den Fall, daß ein unverhüllter Zwangsgedanke oder -impuls besteht, das Schuldgefühl direkt mit dem Symptom verknüpft. In der scharfen Trennung zwischen sadistischem Impuls und Schuldgefühl sehen wir einen der typischen Mechanismen beim triebhaften Charakter. Als weiteren Beweis führen wir an, daß bei übergewissenhaften Zwangsneurosen, welche die sadistischen Impulse vollkommen verdrängt haben, sich das Schuldgefühl ebenso wie beim triebhaften Charakter an banale Ereignisse knüpft.

Wir werden uns noch später genau mit der für den triebhaften Charakter kardinalen Frage zu befassen haben, was die Trennung des Schuldgefühls vom manifesten Sadismus ermöglicht, und wollen jetzt kurz die Libidogeschichte des Falles darstellen. Ihre Sexualität ist in höchstem Ausmaße ungehemmt.

Die Patientin onaniert fast täglich ohne orgastische Sensation mit abundanten masochistischen Phantasien. Kein Geschlechtsverkehr. Darüber hinaus ist ihre Libidostruktur als durchaus polymorph-pervers zu bezeichnen. Eine onanistische Phantasie hat den Inhalt, sie esse mit ihrem Vater gefüllte Scheiden, die zuerst herausgeschnitten und mit Kot gefüllt wurden. Also Elemente aller drei Libidostufen. Essen (oral) statt koitieren — Scheiden (genital) — mit Kot gefüllt (anal); das Ganze wird masochistisch erlebt: sie wird dazu gezwungen (masochistisch). Manifeste Koitusphantasien normaler Natur spielen eine nebensächliche Rolle. Die orale Komponente dieser Onaniephantasie hat ihre besondere Geschichte: sie und ihre Schwester hatten als Kinder an Eßstörungen gelitten. Zu deren Bekämpfung hatte der Hausarzt (! !) empfohlen, sie zum Essen mit allen Mitteln zu zwingen und, falls sie das Gegessene erbrechen sollten, sie mit Gewalt anzuhalten, auch das Erbrochene zu essen. Das war wiederholt geschehen. Wie begreiflich, daß dann die

Verdrängung und Sublimierung der oralen und analen Tendenzen mißlang, so daß die Patientin noch im siebenten und achten Lebensjahr Kot und Vaginalschleim aß. Zur Zeit der Analyse fand die Patientin größte Lust daran, Vaginalschleim zwischen den Fingern zu schmieren.

Auch die Mutterleibsphantasien standen im Vordergrunde sowohl der Symptomatologie des Falles, als auch der Libidoentwicklung. Mit der Weltuntergangsphantasie, die letzten Endes eine vom Schuldgefühl diktierte, vorübergehende Regression zum Mutterleib darstellte, ging auch eine lebhafte visuelle Vorstellung einher: die Patientin sieht sich in der „Weltkugel" liegen. Die Zeichnung hat Patientin selbst geliefert: *a)* stellt die Weltkugel dar, *c)* ist sie selbst und *b)* sind „die Augenlider", welche als „Fächer" „den Innenraum auskleiden und zum Körper laufen". Wir zaudern keinen Augenblick, die geschilderte Situation als phantasierte Mutterleibssituation aufzufassen.[1]



Um die Libidostruktur solcher Kranker besser zu verstehen, muß man sich an jene der klassischen Hysterie und Zwangsneurose als Vergleichsmoment halten. Bei der reinen Angsthysterie tritt uns in der Analyse verdrängte genitale Libido als zentraler, pathogener Faktor entgegen. Wenn daneben in der Symptomatologie oder im Verlaufe tiefergreifender Analyse andersartige Libido auftaucht, so haben wir doch nie Grund, daran zu zweifeln, daß die Hauptfixierung der reinen Angsthysterie an der genitalen Stufe gelegen ist. Die Hysterie ist nach Freud eine Erkrankung der genitalen Stufe. Wenn wir bei einer Konversionshysterie vom oralen Typus, zum Beispiel beim hysterischen Erbrechen, im Zentrum des Libido-

1) Ich verweise nur auf die eigentümliche Stellung der Fächer. Sie erinnert ganz an den Verlauf der Amnionhäute. Ich vermeide jeden Versuch einer Deutung, will aber bemerken, daß die Patientin, soweit eruiert wurde, nie eine Abbildung der Embryonallage gesehen hatte und daß diese Phantasie schon in früher Kindheit bestand.

querschnittes die orale Fixierung finden, so belehrt uns die Bedeutung und der Zweck des oralen Symptoms, sowie die Analyse der Gesamtpersönlichkeit, des hysterischen Charakters, bald darüber, daß die orale Zone Genitalbedeutung angenommen hat („Verschiebung nach oben"), wie es Freud und Ferenczi ausgeführt haben. Bei der typischen, reinen Zwangsneurose, sei es mit sadistischen Impulsen, sei es analerotisch fundierten Reinigungszeremoniellen, steht die prägenitale sadistisch-anale Fixierung zentral (Freud), sie schafft die Symptome, prägt dem zwangsneurotischen Charakter seinen spezifischen Stempel (übertriebene Gewissenhaftigkeit und Ordnungssinn usw. als Reaktionsbildungen gegen verdrängten Sadismus und Analität) auf. Bei der Melancholie steht, wie Abraham überzeugend nachwies, die orale Fixierung zentral, eine Tatsache, von der sich jeder analytisch geschulte Kliniker leicht überzeugen kann. Bei den Mischformen zwischen Zwangsneurose und Hysterie fällt es bei tieferer Analyse nicht schwer, einzelne Symptome und bestimmte Charakterzüge auf die entsprechenden Fixierungsstellen zu beziehen. Wenn sich auch eine Reihe noch ungelöster, wichtiger Probleme um den Entwicklungsschub vom Anal-Sadistischen zum Genitalen gruppieren, welche zum Problem der spezifischen Ätiologie überhaupt gehören, so können immerhin bei den reineren und milderen Formen der Hysterie und Zwangsneurose umschriebene Fixierungen und Entwicklungshemmungen eines Teiles der Persönlichkeit, mehr weniger scharf abgegrenzte Libidopositionen festgestellt werden. Beim ausgesprochenen triebhaften Charakter vom Typus unseres Falles kann von solchen Beurteilungen nie die Rede sein. Versucht man eine Reihe von Haltungen und Symptomen auf die genitale oder anale Fixierung zu beziehen, so ist man genötigt, der oralen eine ebenso bedeutende Rolle zuzuschreiben. Man findet auch

bei sehr eingehender Analyse keinen einheitlichen Fixierungspunkt an einer der libidinösen Entwicklungsstufen, sondern ein mehr weniger gleich starkes Nebeneinander aller bekannten Partialtriebe in meistens unlösbaren Verbindungen und Mischungen. Man bekommt den Eindruck, als hätte, um ein drastisches Gleichnis zu gebrauchen, ein Elefant im Porzellanladen der kindlichen Entwicklungsstube gewütet.

Unser Fall zeigt im Verhalten zu Vater und Mutter eine dauernde, scharfe Ambivalenz, welche sich besonders der Mutter gegenüber in grausamen Akten und Aussprüchen kundgibt. Ihr Über-Ich ist vollkommen männlich orientiert. Sie bewundert den starken, rohen Vater und benimmt sich der „dummen", schwachen Mutter gegenüber wie er. Die Identifizierung ist dabei ganz bewußt. Ihr im Vordergrund der Klagen stehendes Minderwertigkeitsgefühl geht ganz auf die Identifizierung mit dem Vater und auf den Neid auf die von ihm vorgezogene Schwester zurück.

Die Analyse ergab aber mit größter Wahrscheinlichkeit, daß der Vater nicht nur schwere Schädigungen durch sein sadistisches Verhalten gesetzt, nicht nur das Vorbild für das sadistische Ichideal abgegeben hatte, sondern in erster Linie an der mangelhaften Triebhemmung beteiligt war: er hatte sich den Kindern in unverhüllt sexueller Absicht genähert; ja, die Annahme, daß er ihr auch die Gonorrhöe beigebracht hatte, lag allzu nahe, als ich erfuhr, daß auch er an chronischer Gonorrhöe gelitten hatte. Die Patientin datierte selbst ihre Erkrankung mit ihrem vierten Lebensjahre, dem Zeitpunkt der gonorrhoischen Infektion und empfand vor dem Vater immer eine immense Scheu: sie phantasierte ständig von einem „sexuellen Überfall" durch den Vater.

Aber auch in Hinblick auf die mangelhafte Beherrschung der Analität hatte der Vater schädlich gewirkt. Er zwang die Kinder,

Erbrochenes zu essen und förderte dadurch koprophile Tendenzen, die ja von vornherein da waren.[1] Begreiflich, daß sich dann die Verdrängung der Analität mangelhaft gestaltete. Er schlug die Kinder erbarmungslos für kleinste Vergehen, er selbst legte sich aber in analer Hinsicht nicht den geringsten Zwang auf.

Man wird uns einwenden, daß ja die ältere Schwester doch gesund blieb, obwohl sie in demselben Milieu aufgewachsen war. Dem wollen wir entgegenhalten, daß sie der jüngeren Schwester immer als Muster hingestellt, in jeder Beziehung vorgezogen und überaus geliebt wurde. Ein Moment, das gewiß wichtig genug ist, den Ausschlag zu geben. Im übrigen haben wir keinen Einblick in die Libidoschicksale der Schwester und wissen nicht, was den günstigen Ausgang wirklich gefördert hatte. Sie haßt die Eltern ebenso wie die Patientin, doch hatte sie sich rechtzeitig vom Hause losgemacht.

Der Fall zeigt ausgesprochen schizophrene neben klassischen zwangsneurotischen Mechanismen. Mancher Leser wird ihn als Schizophrenie diagnostizieren. Die Natur des zentralen Zwangssymptoms, der Zwangsvorstellung vom Weltuntergang, ist sowohl ihrem Inhalt als auch der Erlebnisweise nach schizophren. Die Patientin neigt zum Autismus, die mangelhaften Verdrängungen, die Bewußtheit ihrer Sexualwünsche sprechen für Schizophrenie, dennoch fehlt zur strikten Diagnose jede gröbere Affektdissoziation und Zerfahrenheit, es bestehen weder Wahnideen noch Halluzinationen. Wir halten eine Diskussion der Frage, ob hier eine Schizophrenie oder Zwangsneurose vorliegt, nicht für fruchtlos, obwohl keine Aussicht besteht, eine Diagnose zu stellen. Das kann nur der weitere Verlauf lehren. Wenden wir hier den weiteren Begriff der Schizophrenie B l e u l e r s[2] an, so

1) Die Phantasie von den mit Kot gefüllten Scheiden.

2) Gruppe der Schizophrenien (in Aschaffenburg, Handb. d. Psychiatrie, 1911).

werden wir zur Diagnose einer latenten Schizophrenie mit zwangsneurotischen Symptomen hinneigen, während wir nach der engeren Kraepelinschen[1] Fassung die Dementia praecox wohl ausschließen, aber die Patientin zu jener Sorte von „Psychopathien" zählen können, welche nach Kraepelin „unentwickelte Vorstufen wirklicher Psychosen" darstellen. Wir sehen, das Ganze droht letzten Endes in einen Streit um Worte auszulaufen.

Eine prinzipielle Diskussion der Frage nach den „Grenzfällen" ist hier um so notwendiger, als wir es in unserer Abhandlung mit einem Krankheitsbilde zu tun haben, dessen Vertreter in der Mehrzahl der Fälle nicht nur vereinzelte schizophrene Symptome zeigen, sondern ihrer ganzen Libidostruktur nach weder nach der autistischen noch nach der objektlibidinösen Seite ausgeglichen sind. Bei fast allen Fällen ausgesprochen triebhaften Charakters müssen wir uns die Frage vorlegen, ob da nicht eine Schizophrenie vorliege.

Vom psychoanalytischen Standpunkt aus kann zu dieser Frage derzeit nur im Sinne der Libidodynamik Stellung genommen werden. Auch in der Psychoanalyse spricht man von „latenten Schizophrenien"; man kann aber darunter nicht verstehen, daß eine schizophrene Position effektiv besteht, welche durch übertragungsneurotische Symptome und Haltungen nur verdeckt ist. Eine solche Annahme widerspräche vollkommen den von uns eingesehenen dynamischen Prinzipien der Libido. Sie würde einen statischen Gesichtspunkt in ein nur dynamisch zu fassendes Gebiet tragen. So lange typisch schizophrene Symptome, wie Stupor, Wahnideen, Sprachverwirrtheit oder Halluzinationen fehlen, können wir nicht sagen, daß eine Schizophrenie vorliegt, wir können auch nicht von einer „latenten" Schizophrenie sprechen. Wenn wir aber letzteres

1) Klinische Psychiatrie.

tun, so müssen wir uns stets dessen bewußt sein, daß wir nur die größere Neigung zur schizophrenen Ablösung der Libido von der Außenwelt meinen können. Man pflegt oft von einer überstarken narzißtischen Position auf die „latente" Schizophrenie zu schließen. Dem ist entgegenzuhalten, daß es Neurosen gibt, bei welchen von Schizophrenie keine Rede sein kann und die trotzdem eine narzißtische Position zeigen, welche an Intensität in nichts der schizophrenen nachsteht. Manche paranoide Schizophrenien haben andererseits ja auch starke Objektbeziehungen.

Die Frage, wodurch sich die narzißtische Position eines Schizophrenen von der eines „narzißtischen", unzugänglichen Übertragungsneurotikers unterscheidet, ist bisher in keiner befriedigenden Weise gelöst worden. Es kann auch nicht unsere Absicht sein, ihr hier näherzutreten. Aber gerade die analytische Durchforschung der „Grenzfälle" vom Typus unserer Patientin warnt vor der Annahme sozusagen fertiger Schizophrenien, die dann „manifest werden". Ich habe eine vierzigjährige Psychopathin behandelt, die seit frühester Kindheit, besonders seit der Pubertät das Bild einer „latenten" Schizophrenie darbot; sie war eine querulierende Patientin, die sich von jedermann schlecht behandelt, vom Schicksal verfolgt glaubte, Zustände hatte, die sich sehr wenig von kataton-stuporösen unterschieden, daneben an Phobien, Zwangsvorstellungen und -impulsen, sowie an Konversionssymptomen litt. Auf der psychiatrischen Beobachtungsstation, wo sie mehrere Male gewesen war, wurde sie einmal als Psychopathie, ein anderes Mal als Zwangsneurose, zuletzt als Paraphrenie diagnostiziert, ohne daß sich das Krankheitsbild seit der Pubertät wesentlich geändert hätte. Manche typische Zwangsneurosen, die der Rhythmik ihrer Depressionen nach der Gruppe der Zyclothymien zuzurechnen sind, scheinen die Schizophrenie vollkommen auszuschließen, andere wieder

zeigen eine besondere Verwandtschaft mit der Schizophrenie (wie zum Beispiel unser Fall).

Das ganze Problem wird übersichtlicher, wenn wir uns von dem Vorurteil freimachen (das vielfach auch noch in analytischen Kreisen herrscht), die Schizophrenie sei eine ihrer organischen Natur nach (Jaspers[1] spricht vom schizophrenen „Prozeß") von den übrigen „psychogenen" Neurosen prinzipiell verschiedene Krankheit. Auch Schilder[2] hält noch daran fest. In der psychiatrischen Literatur wird noch vielfach die Beziehung zwischen Ausbruch der Psychose und Aktualerleben gar nicht gesehen, weil man im Vorurteil der fertigen, organisch präformierten Psychose befangen ist. Hartmann[3] hat zwei Schwestern beobachten können, die gleichzeitig anläßlich des Todes des Vaters schizophren erkrankten. Wie läßt sich diese Tatsache mit der präformierten Psychose vereinbaren? Es wurden insbesondere zwei Anschauungen ins Treffen geführt: Die Annahme einer innersekretorischen Ätiologie der Schizophrenie und der konstitutionellen, insbesondere seit Kretschmer.[4] Ein Widerspruch gegen die psychoanalytische Auffassung besteht hier gar nicht. Denn Freud hat von jeher an eine innersekretorische Ätiologie auch der Übertragungsneurosen gedacht, seine ganze Lehre von den „erogenen Zonen", welche in der Theorie der Neurosen eine so große, zentrale Stelle einnimmt, fußt auf dieser Annahme („Sexualhormone"). Damit wäre aber die Übertragungsneurose von der Schizophrenie nicht prinzipiell verschieden. Auch die Annahme einer spezifischen Konstitution, zum Beispiel für den „schizoiden Formenkreis" (Kretschmer), widerspricht nicht den psycho-

1) Psychopathologie, Berlin, 1920.
2) Seele und Leben, Berlin, 1923.
3) Ein Beitrag zur Lehre von den reaktiven Psychosen (Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neur., Bd. 57, 1924).
4) Körperbau und Charakter, Berlin, 1922.

genetischen Gesichtspunkten. Der schizoide Formenkreis ist um vieles weiter als das Gebiet der Schizophrenie. Auch Zwangsneurosen, insbesondere Hysterien gehören dazu. Auch die pathologischen Veränderungen der Großhirnrinde, die man bei dementen, alten Schizophrenen gefunden hat, widersprechen unserer Auffassung nicht. Denn erstens wissen wir nicht, was für (vielleicht zytoarchitektonische) Veränderungen auch bei Hysterien und Zwangsneurosen bestehen. Man hat bisher keine gefunden. Andererseits steht die Seltenheit und Dürftigkeit dieser Funde in keinem Verhältnis zur Häufigkeit der Schizophrenie, auch wenn wir vom durchaus diskutablen Problem absehen, ob denn diese Veränderungen bei jahrzehntealten Demenzen nicht als „Inaktivitätsatrophien" aufzufassen wären. Wenn dem aber so ist, so besteht das Problem der Wandlung einer Zwangsneurose in eine Schizophrenie fort und wir meinen, daß es in jeder Hinsicht nur wertvoll sein kann, keine Mauer zwischen diesen Erkrankungen aufzurichten. Die Beziehungen sind allzu deutlich.[1]

1) Die Frage nach der Ätiologie der Schizophrenie hat Wilmanns („Die Schizophrenie", Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., 78. Bd., 4 u. 5. H., „Vorträge zur Schizophreniefrage") mustergültig geordnet und dabei auch der psychoanalytischen Anschauung die gebührende Stellung eingeräumt. Ebendort ist auch die gesamte einschlägige Literatur zusammengestellt.

Die von mir analytisch durchforschten und einfach beobachteten Fälle triebhaften Charakters mit stark dissozialem Einschlag haben das Gemeinsame, daß die Ungehemmtheit der Aktionen seit frühester Kindheit bestand. Nun haben Gerstmann und Kauders (Über psychopathieähnliche Zustandsbilder bei Jugendlichen. Archiv f. Psychiatrie 1924) interessante Fälle publiziert, welche nach einer enzephalitischen Erkrankung unter den postenzephalitischen Zuständen neben der Hyperkinese auch ein dissozial-triebhaftes Wesen entwickelten. Der Analytiker darf solche Tatsachen nicht außerachtlassen. Die genannten Fälle sind allerdings auf die vorenzephalitische Persönlichkeit hin nicht gründlich untersucht, insbesondere ist die Libidowandlung nicht besprochen. Weitere Schlüsse sind daher unzulässig. Es sei nur bemerkt, daß das Problem, inwieweit Hirnerkrankungen psychogene Prozesse auslösen, wiederholt, insbesondere von Schilder, diskutiert wurde. Daß eine Erkrankung

Während der Analyse triebhafter Charaktere kann man passagère Wahnbildungen in statu nascendi beobachten, man kann andererseits sehen, wie sich ein triebhafter, sonst nicht als Zwang empfundener Impuls in eine Zwangshandlung verwandelt. Es ist dann so, daß der Inhalt bleibt und lediglich die Form sich ändert. Einer meiner Erythrophoben entwickelte während der Analyse anläßlich der akut gewordenen homosexuellen Übertragung fünf Tage lang eine vollkommen systemisierte Verfolgungs- und Beeinträchtigungsidee. Er sei Arier, ich Jude, ich müsse ihm daher schaden wollen, er fühle sich von mir beobachtet, er fürchte sich vor mir, ich sei ein sinnliches Schwein, ich hätte sinnliche Lippen, ich sähe ihn so sinnlich an. Er hatte nichts anderes getan, als seine soeben in den Vordergrund der Analyse getretenen homosexuellen Wünsche auf mich projiziert. Nach dem Abklingen dieser Phase erkannte er die Zugehörigkeit der Wünsche zu sich selbst, er beschuldigte nun sich, sinnlich zu sein, mit den Augen zu koitieren usw. Wie H. Deutsch[1] überzeugend ausgeführt hat, besteht das übertriebene, neurotische Mißtrauen, insbesondere der Zwangsneurose, darin, daß eigene sadistische, verdrängte Tendenzen anderen zugeschoben werden. Wir wissen, welche Rolle das Mißtrauen bei der Paranoia spielt. Eine später zu besprechende Patientin, bei welcher die Schizophrenie ebenfalls nicht auszuschließen war, entwickelte während der Analyse eine vorübergehende akustisch- und

des Zwischenhirns, beziehungsweise der Stammganglien eine Dissozialität „erzeuge" ist aber wohl ebenso indiskutabel, wie daß der paralytische Hirnprozeß Wahnideen „produziere". Es greift ein somatischer Prozeß eben gelegentlich einmal in die psychische Kausalreihe ein. („Cortex — Stammganglien: Psyche — Neurose." Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psychiatrie, Bd. 74, 1922, und „Über den Wirkungswert psychischer Erlebnisse und über die Vielheit der Quellgebiete der psychischen Energie", Arch. f. Psych, 1923. Ferner „Seele und Leben", Berlin, 1923.)

1) Psychologie des Mißtrauens, Imago, VII. 1921.

visuell-halluzinatorische Phase. Sie hatte vom Tode einer geliebten Person erfahren, wollte an deren Tod nicht glauben, hörte ihre Stimme, vernahm Klopfen an der Tür, sah sie während einer Sitzung deutlich vor sich stehen. Eine ausgesprochene Negierung des erlebten Verlustes, der Wunsch, die Verstorbene möchte leben, wird halluzinatorisch erfüllt. In allen solchen Fällen tritt eine vorübergehende Trübung der Realitätsprüfung ein, wodurch bewirkt wird, daß ein Erlebnisinhalt wahnhaft erlebt wird. Nun neigen aber gerade Fälle der hier besprochenen Kategorie zu vorübergehenden Trübungen der Realitätsprüfung. Daß diese Tatsache mit akuter Rückziehung der Besetzung, mit einer narzißtischen Regression etwas zu tun hat, steht außer Frage. Wir würden nur gerne etwas darüber erfahren, welcher Natur dieser Zusammenhang ist. Die Überflutung des Ich mit narzißtischer Libido muß eine verändernde Wirkung auf jenen Teil des Bewußtseins haben, der die Wahrnehmungsreize aufnimmt (Wahrnehmungssystem, Freud) und die Realitätszensur beherrscht. Es ist, als ob der Weg, welcher das „narzißtische Reservoir" mit der objektlibidinösen Stellung verbindet, in solchen Fällen viel „breiter" wäre, als bei reinen Übertragungsneurosen. Es ist gerade noch die gröbste Annahme, die wir machen können, daß die „Breite" der Kommunikation zwischen Ich und Außenwelt die große Rückziehungsbereitschaft erst ermöglicht. Die Libido dieser Kranken befindet sich in einem ständigen Pendelzustand; auf geringfügigste Versagungen, beziehungsweise Enttäuschungen in der Realität hin erfolgt akute Rückziehung der Besetzung. Der Unterschied gegen die Abziehung der Libido bei der einfachen Übertragungsneurose ohne schizophrene Mechanismen ist von Freud bereits klargestellt worden: der Übertragungsneurotiker zieht nach Enttäuschungen die Libido von den realen Objekten zurück und besetzt damit phanta-

sierte Objekte. Die Schizophrenen, beziehungsweise Übertragungsneurotiker mit schizophrenen Mechanismen vom Typus unseres Leitfalles, wenden die zurückgezogene Libido ins Ich, sie geben auch die Phantasiebesetzung auf. So wirkt die objektlibidinöse Phantasiebesetzung als Schutz gegen narzißtische Regression. Ein breiter Regressionsweg zum Autismus, welcher Natur und Genese er immer sein mag, wird die Entscheidung zu Ungunsten der Phantasiebesetzung beeinflussen.

V

Die Isolierung des Über-Ich

Der im letzten Abschnitt besprochene Fall kann als Paradigma einer Gruppe von triebhaften Charakteren mit teils zwangsneurotischen, teils schizophrenen Mechanismen angesehen werden, wie man sie auf der psychiatrischen Beobachtungsstation so oft zu sehen Gelegenheit hat. Die analytische Durchforschung eines solchen Falles gibt dem analytisch geschulten Beobachter Mittel an die Hand, Kranke mit ähnlichen Mechanismen besser zu begreifen. Allerdings hat auch dieser Fall genügend Fragen offen gelassen, in erster Linie konnten wir aus seiner Ichidealstruktur keine strikte Erklärung für die Tatsache der mangelhaften Verdrängung ableiten; denn das hervorstechendste Merkmal seines Ichideals, der Versuch, den Vater voll zu imitieren (väterliches Über-Ich) eignet auch weiblichen Zwangsneurosen mit nur im Symptombereiche defekten, aber sonst intakten Verdrängungen.

Es ist eine bekannte Tatsache, daß man auf der Suche nach der Lösung einer kardinalen Frage auf den geeigneten Fall warten muß, der dann mit einem Schlage manches an anderen ähnlichen Fällen Unverstandene klären hilft.

Eine Patientin mit genitalem Masochismus, ihrem Charakter nach voll infantil geblieben, deren Analyse ich vor eineinhalb Jahren begann, lieferte mir nun die lang gesuchte Erklärung. Die Struktur ihres Ich war relativ leicht zu durchschauen, weil

es viel einfacher gebaut war, als zum Beispiel die Persönlichkeit der letzten Patientin oder jener Fälle triebhaften Charakters, welche ich teils vorher, teils gleichzeitig zu behandeln Gelegenheit hatte. Die wesentlichsten libidinösen Positionen hatten seit frühester Kindheit eine gewisse Konstanz bewahrt, so daß wir uns nicht durch später hinzugekommene, sonst verwirrende Komplikationen erst hindurchzuarbeiten hatten.

Wir bringen das Problem, von dem wir ausgingen, nochmals in knapper Formulierung in Erinnerung: Wie verträgt sich die Tatsache ungehemmter Triebhaftigkeit mit gleichzeitig bestehenden Amnesien und Verdrängungen, das heißt mit anderen Worten, wie sieht das Ichideal aus, welches zweifellos besteht, aber nur unvollkommen die bekannte Funktion der Triebunterdrückung leistet?

Eine 26jährige, ledige Patientin sucht das psychoanalytische Ambulatorium wegen fortwährender sexueller Erregung auf. Sie möchte befriedigt werden, empfinde aber beim Geschlechtsverkehr nichts, spüre nicht einmal das Eindringen des Gliedes. Sie liegt „gespannt" da und „hört", ob „die Befriedigung kommt". Bei der geringsten Körperbewegung verschwindet aber jedes aufgetretene Lustgefühl sofort. Sie leidet überdies an Schlaflosigkeit, Angstzuständen und an abundanter Onanie. Sie onaniert mit dem Stiel eines Messers bis zu zehnmal im Tag, gerät dabei in heftige Erregung, die sie durch Aussetzen der Friktion nicht zum Abschluß kommen läßt; so unterbricht sie die Friktion mehrere Male, bis sie, völlig erschöpft, entweder gar nicht zum Orgasmus kommt oder absichtlich Blutung aus dem Genitale erzielt und dann mit begleitenden masochistischen Phantasien zur Befriedigung gelangt. Die Blutung aus der Scheide ist eine Bedingung der Befriedigung. Sie phantasiert, tief in den Uterus einzudringen, „*ich kann nur in der Gebärmutter befriedigt werden*". Bei der *Onanie phantasiert sie, ihr Genitale, das sie Lotte nennt, sei ein kleines Mädchen.* Sie spricht unausgesetzt mit ihr, indem sie beide Rollen spielt. „Jetzt, mein Kind, wirst du befriedigt werden, schau (während der Analyse), der Doktor ist bei dir. Der hat ein schönes, langes Glied, aber es muß dir wehtun". Die Lotte: „Nein, ich will nicht, daß es mir weh tut!" (Sie weint.) „Du mußt leiden, das ist die Strafe für deine Geilheit, du bist ein Luder. Das muß noch mehr wehtun, das Messer muß zum Rücken herauskommen." Und so ähnlich geht es

fort. Die Onanie bedeutet für die Patientin eine schwere Sünde, für die keine Strafe hoch genug ist. Dabei phantasiert sie bewußt alle bekannten Männer, aber auch die „Mami", eine Analytikerin, bei der sie drei Jahre früher acht Monate lang in Behandlung war. (Nach zweijähriger Remission war die Patientin rezidiviert.)

Der Vater der Patientin, sowie eine ältere Schwester und ein jüngerer Bruder sind angeblich gesund und lebenstüchtig. Der Vater war in der unglücklichen Ehe mit einer herrschsüchtigen Frau offenbar unterlegen. Die Mutter herrschsüchtig, liebeleer, streng, dabei äußerst lebenstüchtig. Sie hat immer das Regiment im Hause geführt. Ein älterer Bruder verbüßt zur Zeit der Analyse eine Zuchthausstrafe wegen „Schändung".

Von ihrer Mutter fühlt sich die Patientin schlecht behandelt, verstoßen. Die Rolle des verstoßenen, ungeliebten Kindes versucht sie auch in der Übertragung herzustellen, die sehr vehement ist (die Analyse steht fast völlig im Zeichen der Aktion). Nachdem die Bindung an die erste behandelnde Ärztin aufgelöst ist, tritt die Ambivalenz zur Mutter voll zutage. Sie sehnt sich nach der „Mami", erkennt in ihr anfangs ihre eigene Mutter gar nicht, mit der Begründung, sie könne doch nicht eine Mutter lieben, die sie immer verstoßen, geschlagen, schlecht behandelt hatte, sich nicht um sie kümmere (dies entspricht den Tatsachen). Sie phantasiert, an jeweils gewählten „Mamis" zu saugen, Mutterleibswünsche stehen im Vordergrunde. Ihre Klage, sie müsse für andere leiden, müsse die Strafen für die Vergehen anderer auf sich nehmen, klärte sich auf, als wir erfuhren, daß sie als achtjähriges Kind eine Phantasie folgenden Inhalts produzierte: Die Mutter war in einem Wirtshaus, die Patientin in einem anderen angestellt. Die Mutter, welche mit dem Vater in schlechtester Ehe lebte, empfing häufig Besuche eines großen Herrn, den sie per „Graf" titulierte. Einmal wurde die Patientin diesem Herrn vorgestellt. Und nun glaubte das Kind, sie werde von der Mutter verstoßen, weil sie das Kind dieses Grafen sei und die Mutter gestört hätte. Sie phantasierte (es konnte nicht entschieden werden, ob es sich um Realität oder Phantasie handelte), der Graf vergewaltige sie mit Beihilfe der Mutter (siehe ihre Onaniephantasie). Sie spüre ein großes Glied in ihre Scheide eindringen, das ihr große Schmerzen verursache. Es ist ein dunkles Zimmer, jemand steht dabei und schreit sie an, sie dürfe nicht weinen, sie müsse sich ruhig verhalten. Später deckt die Analyse eine ähnliche Phantasie (oder dunkle Reminiszenz?) aus ihrem vierten Lebensjahre auf. Sie wird von den Bettgehern ihrer Eltern, zwei Männern, in das vermietete Zimmer getragen, der eine hält sie, der andere zwängt sein übergroßes Glied in ihre Scheide. Sie will schreien, kann aber nicht. Voll erinnert wurden sexuelle Spiele mit gleichaltrigen Jungen in einem Keller auch aus früherer Zeit. Mit

einem älteren Bruder koitierte sie im zehnten Lebensjahr. Sechs Jahre alt, spielt sie mit dem zwei Jahre alten Bruder, sieht sein Glied, versucht eine Stricknadel in sein Glied einzuführen, der Penis blutet, die Patientin zerrt daran. Das Kind schreit, sie wird von der Mutter geschlagen, an den Haaren gezerrt.

Mit zwölf Jahren kommt sie als Kindermädchen in Stellung, zwei Jahre lang reizt sie der Dienstgeber fast allnächtlich, ohne zu verkehren. Mit fünfzehn Jahren glaubt sie schwanger zu sein, die Menstruation bleibt drei Jahre aus und tritt nach Abbruch der ersten Analyse wieder auf. Sie kommt nun auf die Idee, sich ein Stück Holz an die Scheide zu binden. Später kam sie oft in die Analyse mit dem Messer in der Scheide, was offenbar nur durch einen vaginistischen Krampf möglich war. Ohne das Messer in der Vagina stecken zu haben, kann sie nicht einschlafen.

Der Beginn der Onanie, wie sie heute besteht, setzte im fünfzehnten Lebensjahre nach einer Nacht ein, die sie zusammen mit ihrem Vater in einem Zimmer verbrachte. Sie hatte schwer geträumt, den Angsttraum vergessen und war früh am Boden liegend aufgewacht. Die Bettlade war durchgebrochen. Der Vater fragte sie, was sie denn in der Nacht getan hätte, ohne ihr nähere Auskunft zu geben. Dieses Detail hat die Analyse bis dato nicht lösen können. Es sprach aber alles dafür, daß die Nähe des Vaters erregend gewirkt und zum Angsttraum geführt hatte. Es lag nahe anzunehmen, daß die Patientin damals onaniert hatte.

Die Rezidive war ausgebrochen, nachdem sie mit einem Sadisten Bekanntschaft gemacht hatte, der sie mit Geißeln schlug, an den Haaren zerrte, schimpfte und überdies zu kriminellen Handlungen zwang. So mußte sie ihm zweimal kleine Mädchen bringen, für ihn stehlen usw. Dabei nennt sie ihn „ihren besten Freund“, kann ohne ihn nicht leben, bringt es zuwege, ihm stundenlang in den Straßen der Stadt nachzurennen. In der Analyse gelingt es nur mit schwerer Mühe, unter Androhung des Abbruches der Kur, sie von ihm zu lösen. Sie überträgt sofort die masochistische Einstellung auf den Arzt, bringt eine Geißel in die Analysenstunde mit und beginnt sich zu entkleiden, um geschlagen zu werden. Nur das schärfste Eingreifen bringt sie davon ab. Sie rennt mir in den Straßen nach, sucht mich um zehn Uhr nachts in meiner Privatwohnung auf, sie halte es nicht aus, ich müsse sie koitieren oder schlagen, sie müsse von mir ein Kind haben, nur ich könnte sie befriedigen. So geht es ungefähr acht Monate, keine Aufklärung, kein Zureden macht einen Eindruck auf sie. So oft sie etwas begangen hat, onaniert sie um so stärker und häufiger, „zur Strafe“, „ich muß krepieren“. Im achten Monat der Analyse unternimmt sie einen Giftmordversuch an ihrer älteren Schwester und deren Gatten. Darüber besteht wegen hier nicht näher anzuführender Umstände

kein Zweifel. Die Patientin hatte das Ganze amnesiert, verriet aber die Tat in Träumen und durch besonders grausames Onanieren. Einige Tage vorher hatte sie Rattengift in die Analyse gebracht, sie liebe es so sehr, sie müsse es sammeln.

Nur mit strengsten Verboten, unter Androhung des Abbrechens, war die Patientin in der Analyse zu halten.

Im vierzehnten Monat der Analyse erinnert die Patientin in einer ruhigeren Phase vollkommen amnesierte Szenen aus dem Schlafzimmer der Eltern. Beobachtungen, sadistische Theorien über den Geschlechts- und Geburtsakt fanden hier ihre Aufklärung, ein Stück Angst wurde aufgelöst, die Patientin trat einen Posten an und hielt sich nunmehr ganz gut. Charakteristischerweise bekam sie jetzt einen Eßzwang, nahm stark an Gewicht zu, was einer oralen Schwangerschaftsphantasie entsprach. Ihrer Neigung, die Analyse ins Unendliche hinauszuziehen, mußte, da das anscheinend wichtigste Stück durchgebrochen war, durch Setzen eines langfristigen Termines (weitere sechs Monate) entgegengearbeitet werden. Die Onanie flammte samt dem Schuldgefühl bei Erörterung der Schlafzimmerszenen wieder auf und mußte verboten werden. Das Verbot war besonders angezeigt, weil sich bereits lokale Schädigungen zeigten, wie eine Gebärmuttersenkung und -knickung.

Die Hebung des reinen Inzestwunsches, der bisher vollkommen verdrängt war, brachte aber keine Verurteilung. Im Gegenteil, die Patientin phantasierte nunmehr bewußt, vom Vater koitiert zu werden und ein Kind zu bekommen.

Die Phantasien steigerten sich manchmal zu lebhaften Halluzinationen. Sie sieht einen Teufel, der sie verhöhnt, sie werde es ja doch nicht ohne die Onanie aushalten, sie strenge sich umsonst an. Er hat das eine Mal die Züge des „Grafen", ein anderes Mal die der Mutter.

Der Teufel repräsentiert ihre grausamen und inzestuösen Wünsche, deren sie sich zu erwehren hat, ihre Mutter und als verpöntes Objekt insbesondere den Vater.

Fassen wir die Ergebnisse dieses Falles zusammen: es handelt sich um eine sowohl in der Sexual-, als auch insbesondere in der Ich-Konstitution infantil gebliebene Patientin. Die masochistisch-genitale Onanie ist triebhaft und nicht bezähmbar, wird anfangs nicht als Zwang empfunden und nicht als krankhaft eingesehen. Das Veto der introjizierten Mutter: „Du darfst den Vater nicht begehren und nicht onanieren", wird umgewandelt in: „Du (das Genitale = die Patientin) bist eine

‚geile Hure' und mußt durch die Onanie für deine Sünden sterben." Die Onanie stellt also ein Kompromiß dar zwischen Befriedigung inzestuöser Phantasien („ich kann nur mit einem langen Glied in der Gebärmutter befriedigt werden") und einer unheilvollen Verknüpfung von Todeswünschen und destruktiven Tendenzen mit der Genitallust. Während des onanistischen Aktes identifiziert sie ihr Genitale „das kleine Mädchen", mit sich selbst, ihr Ich mit der strafenden Mutter. Das überstrenge Über-Ich ist vollkommen der Mutter entlehnt und seine Forderung wird während der Onanie zur Gänze realisiert. Diesem durch die Introjektion der Mutter entlehnten Teil des Ich steht das eigene, unentwickelte Ich gegenüber, welches charakterisiert ist:

1) durch seine masochistische Hingabe an die strafende Mutter (später an das Über-Ich),
2) durch seine volle Identifizierung mit dem Genitale = dem kleinen Mädchen, mit dem Lust-Ich,
3) durch die vollkommen verdrängte genitale Objektbeziehung zum Vater, und
4) durch die orale und Mutterleibsbeziehung zur Mutter.

Der Peniswunsch ist vorhanden, hatte aber nicht zur Ausbildung eines männlichen Charakters geführt. Die Patientin ist kindlich-weiblich geblieben. Dem entspricht auch der lebhafte, bewußte Wunsch nach einem Kinde.

Im Sexualbereiche können wir eine Hauptfixierung annehmen: die auf der genitalen Stufe. Sie ist durch einen enormen Kastrationskomplex masochistisch fixiert und steht überdies in Konkurrenz mit der oralen Fixierung an die Mutter. Wir werden uns aber nun zu fragen haben, ob und wo eine Fixierung des Ich in diesem Falle vorliegt. Dazu ist es nötig, sich an die Entwicklung des Ich bei einfachen Symptomneurosen zu halten.

Ziehen wir die Zwangsneurose zum Vergleich heran, so können wir ohne weiteres feststellen, daß bei dieser Erkrankung das Ich dem sexuellen Anteile der Persönlichkeit in der Entwicklung um ein bedeutendes Stück voraus ist. Im Sexuellen dominiert die prägenitale, sadistisch-anale Stufe, während das Ich nicht nur zu voll ausgebildeten, sondern gewöhnlich zu kulturell hochstehenden Formen gekommen ist. Dem Einwand, daß die animistische und magische Neigung (Aberglaube!) des Zwangsneurotikers (Freud, Ferenczi) auch auf eine Fixierung des Ich auf einer früheren Stufe hinweist, halten wir entgegen, daß, wenn wir die Gesamtpersönlichkeit ins Auge fassen, nur von einer partiellen Fixierung des Ich gesprochen werden kann, während bei unserer Patientin das Gesamt-Ich auf primitiver Stufe verblieb. Wie sieht aber diese totale Fixierung aus und worin besteht sie?

Wir erblicken das Spezifische unseres Falles in der enormen Diskrepanz zwischen Ich und Ichideal, die Mutter ist ganz im Über-Ich repräsentiert, das Ich steht streng separiert, ist infantil, ohnmächtig, von Inzestwünschen durchtobt. Normalerweise paßt sich das Ich des Kindes der Außenwelt an, indem es Teilstücke der Außenwelt als Über-Ich aufnimmt und dadurch Reaktionsbildung und Sublimierung einleitet. Die Entwicklung des Kindes ist eine allmähliche, Stück um Stück der realen Außenwelt wird als Über-Ich-Forderung aufgenommen und mit dem bestehenden Ich aufs innigste verschmolzen. Sie werden, zum Teil verändert, der eigenen Ichstruktur angeglichen, ein lebendiges Trieb-Ich ist gezwungen, sich zu modifizieren und tut es durchaus auf dem Wege des Kompromisses. Bei der Analyse Normaler oder geringfügiger neurotischer Störungen ist man gar nicht imstande, Ichidealbildungen auf bestimmte Identifizierungen zurückzuführen, und wenn es einmal gelingt, so findet man das Ichideal in den mannigfachsten und kom-

pliziertesten Bindungen, oder besser Verlötungen, mit dem Sexuellen und anderen Ichanteilen vor. Je weiter wir die Reihe vom Normalen gegen das schwer Pathologische verfolgen, desto klarer wird uns die Erscheinung des isolierten Über-Ich, desto mehr erkennen wir, welche Bedeutung es für die seelische Gesundheit hat, daß die Ichideale organisch mit der sich entwickelnden Persönlichkeit verschmelzen.

Das Ich ist zusammengesetzt aus einer Reihe von Identifizierungen, ist es doch auf dem Wege der Identifizierung entstanden, aber wir müssen bedenken, daß ein Etwas bereits vorhanden sein mußte, das die Identifizierungen vollzog. Dieses Etwas kann nichts anderes gewesen sein, als ein primitiveres, anders aufgebautes Ich, ein Ich, welches durchwegs aus triebhaften Tendenzen sexueller und destruktiver Natur aufgebaut war. Freud hat uns den komplizierten Weg verstehen gelehrt, den dieses primitive Trieb-Ich oder Lust-Ich einschlagen muß, wenn es sich zum Ich des normalen Erwachsenen entwickeln soll: die Triebeinstellung zur Außenwelt ist von allem Anfang an durchaus ambivalent. Erst die Liebe zur erziehenden Person bewirkt, daß man seine destruktiven Tendenzen zum Teil gegen sich selbst wendet, und zwar normalerweise in sublimierter Form das „Gewissen" als Schranke aufrichtet, dabei aber auch auf ein Stück sinnlicher Lust verzichten lernt. Es wird nun zu einem ganz wesentlichen Teile von der Außenwelt abhängen, in welcher Art die Aufnahme ihrer Forderungen abläuft. Es bestehen nun jene zwei, schon im dritten Kapitel genannten Möglichkeiten, den Prozeß der Identifizierung zu einem pathologischen zu gestalten: *1*) kann das Trieb-Ich sich von vornherein gegen die Lusteinschränkung, das heißt gegen die Identifizierung mit der verbietenden Erziehungsperson, sträuben. Das tut es ja schon seiner Natur

nach als Lust-Ich immer. Es wird dann von der Intensität der erfahrenen, autoerotischen Organlust abhängen, wie stark dieses Sträuben ist. Je intensiver die Organlust und je früher effektive Organlust erlebt wurde, desto schwerer wird das verbietende Ichideal aufzurichten gewesen sein. Wir begreifen, daß gerade dieser Faktor stark von konstitutionellen Faktoren (innersekretorischer Natur?) beeinflußt sein wird. 2) kann die Ambivalenz zur maßgebenden Erziehungsperson eine derart starke sein, daß jeder Identifizierung eine ebenso starke Gegenstrebung widersprechen wird. Um eine aus krasser Ambivalenz geborene Identifizierung besser zu begreifen, müssen wir wieder daran erinnern, daß die Identifizierung von positiver Objektliebe getragen werden muß. Das Kind wird ein Verbot um so leichter akzeptieren, je mehr es dies der geliebten Person „zuliebe" tun kann. Schließlich wird das „Zuliebe" wegfallen und das Verbot als Ichidealforderung bestehen bleiben. Konkurriert aber mit dem „Zuliebe" ein gleichstarker Trotz, eine negative Einstellung, so wird das Verbot zwar als wirksame Instanz aufgenommen werden, aber gleichzeitig isoliert stehen bleiben. Diese Isolierung kann einer Verdrängung gleichkommen. Das Verbot wird sich dann wie ein verdrängter Sexualwunsch triebhaft benehmen: auf Grund der vollzogenen Identifizierung wird es sich durchsetzen wollen, auf Grund der negativistischen Einstellung von seiten des Lust-Ich wird es aber gebremst, der Gesamtpersönlichkeit nicht organisch einverleibt werden. Es muß ein Konflikt im Ich entstehen, welcher in jeder Beziehung den Verdrängungskonflikten im Sexualbereiche gleicht. (Die Beziehungen zwischen „Isolierung" und „Verdrängung" des Über-Ich sollen später diskutiert werden.)

Versuchen wir es nun, die theoretische Hilfsvorstellung vom „isolierten Über-Ich" auf unseren Fall anzuwenden. Was der

Persönlichkeit der Patientin von jeher seinen spezifischen Stempel aufdrückte, war die scharfe, akute Ambivalenz zur Mutter. Der positive, hinstrebende Zug ist von oraler Fixierung an die Mutterbrust und von Mutterleibssehnsucht getragen. Sie will von ihrer Erwachsenheit nichts wissen, sie sei nicht sechsundzwanzig, sondern zwei Jahre alt. Sie sei von der Mutter verstoßen, verwünscht, verflucht, sie werde nicht eher Ruhe haben, als bis die Mutter sie wieder zu sich genommen haben würde. Ganz bewußt war der Wunsch, an der Mutterbrust zu saugen.

Der negative, wegstrebende Anteil der Ambivalenz ist begründet in der hemmungslosen Hingabe an inzestbetonte Objekte. Nur die Vatergestalt selbst war bis zur Analyse in stärkster Verdrängung. Schon mit drei Jahren spielte das wenig beaufsichtigte Kind mit ihren Brüdern und anderen Knaben grob-sexuelle Spiele. Das strenge Veto der Mutter setzt eines Tages plötzlich ein: Die Kinder werden erwischt, die Patientin wird grausam geschlagen. Das Schlagen und Schelten der Mutter („Du bist eine geile Hure“ usw.) hat aber nur mehr den Effekt, das Schuldgefühl ins Maßlose zu steigern, gleichzeitig verhindert aber die trotzige, durch erlebte Sexuallust verstärkte negative Haltung des Kindes, daß das Veto der Mutter den Sieg über die sich bereits voll auslebende Triebhaftigkeit erlangt. Dem Ich entgeht somit ein gutes Stück Möglichkeit sich fortzuentwickeln, da das mütterliche Ideal („Du darfst nicht sexuell spielen“) zwar aufgenommen, aber nicht mit dem übrigen Anteile der Persönlichkeit verschmolzen wird. Das Ich bleibt infantil, auf der Stufe der Identifizierung mit dem lustspendenden Genitale und ist dazu verurteilt, mit dem aufgenommenen und ihm kraß widersprechenden Über-Ich zu kämpfen. Die Formel des Kampfes, der nie zum Abschluß kommt, lautet nicht wie in anderen

Fällen: „Ich möchte, aber ich darf nicht onanieren, den Vater begehren“ usw., sondern: „Ich muß durch die Lust bei der Onanie oder beim Verkehr sterben.“ Das Resultat gipfelt im Symptom des genitalen Masochismus.

Mit der „Isolierung des Über-Ich“ ist also eine besondere strukturelle Gliederung der Persönlichkeit gemeint; die Genese dieser Struktur glaubten wir ein Stück weit verfolgen zu können. Es sei noch kurz auf die Beziehungen dieser strukturellen Besonderheit zum dynamischen und ökonomischen Gesichtspunkt hingewiesen. Es handelt sich um eine Beleuchtung des triebhaften Charakters vom Standpunkt der Persönlichkeitsstruktur, wenn ausgesagt wird, sein Über-Ich sei mit dem Ich nicht derart „organisch“ verschmolzen, wie bei den triebgehemmten Neurosen, es stehe isoliert oder separiert. Die dynamischen Konsequenzen sind dann die mangelhafte Auswirkung des Über-Ich als verdrängenden und reaktionsbildenden Faktors, sowie der Mechanismus der triebhaften Impulse als „Verbrechen aus Schuldgefühl“ (Freud). Das isolierte Über-Ich wirkt sich wie ein verdrängter Trieb aus und schafft jenes Strafbedürfnis, das meist in unverhüllt masochistischer Form Befriedigung sucht. Dies leitet über zum ökonomischen Sinn solcher Dynamik: die triebhaften Impulse treten sekundär auch in den Dienst der Entlastung vom Schuldgefühl auf dem pathologischen Wege der Befriedigung des Strafbedürfnisses. Wir müssen uns aber vor Überschätzung dieses gewiß sehr wesentlichen ökonomischen Motivs hüten, hat es sich doch erst sekundär herausgebildet. Das primäre Motiv stellt in unbestrittener Stellung die originäre Organlust dar, die bei solcher Persönlichkeitsstruktur auch ohne manifeste Schuldgefühle erlebt werden kann.[1]

1) Hier berühren wir uns mit den Ausführungen von Sachs, der „Zur Genese der Perversionen“ (Int. Ztschr. f. PsA. IX, 1923) ausführt: „Soll

Es wäre auch noch aus einem anderen Grunde unstatthaft, das Motiv der Triebhaftigkeit im Strafbedürfnis allein zu suchen, indem man sich etwa an den so deutlich hervortretenden Mechanismus des „Verbrechens aus Schuldgefühl“ beim sadistischen, an die Selbstbestrafung beim masochistischen Triebmenschen hielte. Denn das Strafbedürfnis ist auch in fast jedem Falle triebgehemmten neurotischen Charakters gegeben. Hier dient aber die Krankheit selbst der Befriedigung des masochistischen Strafbedürfnisses. Es muß die beschriebene Dissoziation im Ich hinzutreten, wenn der die Umgebung quälende Bösewicht sein Schuldgefühl tatsächlich rationalisieren und der triebhafte Masochist zu effektiver Bestrafung gelangen soll. Das Strafbedürfnis ist beim Triebmenschen nachweisbar in hohem Grade gegeben, aber für ihn nicht spezifisch.

Eine interessante Wendung nahm der triebhafte Charakter bei einer anderen Patientin. Von frühester Kindheit bis zum 22. Lebensjahr lebte sie in ständigen Ambivalenzkonflikten mit den Eltern, log, tat absichtlich Böses, ging vom Hause durch, trieb sich mit Burschen herum, schlug wiederholt die Mutter ohne jedes Schuldgefühl, onanierte, erlebte wiederholt „Vergewaltigungen“, ohne daß es zum Verkehr kam. Nur vor diesem hatte sie enorme Angst. Gleichzeitig bestanden Angstzustände und zeitweise Schlaflosigkeit. Im 22. Lebensjahr gab sie sich endlich einer Vaterimago hin. Jetzt brach das Schuldgefühl durch. Die Mutter stieß sie aus dem Hause, die Patientin floh nach Wien, wo sie an hysterischem Erbrechen

(bei der Perversion) die Verdrängung dennoch einigermaßen erfolgreich sein, so muß sie sich zu einem Kompromiß entschließen: sie muß gestatten, daß einem Teilkomplex die Lust erhalten bleibe, daß er ins Ich aufgenommen, sozusagen sanktioniert werde ...“ Wir lassen die Frage offen, ob diese Sanktionierung durch das Ich, bzw. die Vermeidung von Unlust bei der Perversion nicht eine ähnliche Struktur des Ich zur Voraussetzung haben muß, wie beim triebhaften Charakter.

und an Schmerzen im Bauch erkrankte. Sie wurde zweimal grundlos laparotomiert, weil die Ärzte die funktionelle Natur der Symptome nicht erkannten und an Kardiospasmus dachten. Die Triebhaftigkeit wurde mit einem Male gebremst, die Patientin wurde still, deprimiert und begann immer wieder Situationen herzustellen, welche der Verstoßung durch die Mutter in jedem Detail glichen. Auch in der Analyse benahm sie sich dementsprechend. Vor der symptomatischen Erkrankung hatte sie sich gegen die Akzeptierung des Über-Ich gesträubt und erst als sie den Inzestwunsch im Geschlechtsakt erfüllte, wirkte sich das bis dahin isolierte Ichideal als verdrängender Faktor voll aus: es bremste die Triebhaftigkeit und schuf eine Symptomneurose. (Das Erbrechen und der Bauchschmerz entsprachen einer Schwangerschaftsphantasie.)

Vergleicht man mehrere solcher Fälle mit ungehemmter Triebhaftigkeit untereinander und hebt man insbesondere jene hervor, welche neben der Triebhaftigkeit auch Symptome erfolgter Verdrängungen, wie Angst, Zwangsgedanken, Phobien usw., aufweisen, so stößt man bald auf den Einwand, daß nicht immer nur die akute Ambivalenz einer Erziehungsperson gegenüber die pathologische Isolierung des Ichideals schafft, sondern es fällt eine weitere typische Möglichkeit auf: Das Verhalten der Erziehungspersonen, an welche sich die Ichidealbildung des Kindes anlehnen sollte, ist nicht gegen die originäre Triebhaftigkeit gerichtet, sondern im Gegenteil vollkommen im Einklang mit derselben. Man pflegt in der Psychoanalyse die Bedeutung des Mangels eines Vorbildes für die Ichidealbildung zu unterschätzen. A i c h h o r n (a. a. O.) hat nachgewiesen, daß sehr häufig solche Menschen dissoziale Charaktere aufweisen, welche entweder als uneheliche Kinder ohne Vater aufwuchsen oder sehr früh verwaisten. Es ist aber nicht ohne weiteres klar, warum solche Kinder ihr Ichideal nicht anderen

Erziehungspersonen entlehnten, oder, wenn sie es taten, eine dauernde Labilität der Hemmungen zeigen. Es wäre von großem Werte, einmal zu untersuchen, ob und inwiefern häufiger Wechsel der Erziehungspersonen eine dauernde Schwächung der abwehrenden Instanzen bedingt. Es wäre nur zu begreiflich, wenn häufiger Wechsel der Art der Beeinflussung des Kindes eine Zerrissenheit und Uneinheitlichkeit der Ichideale mit sich brächte.

Eine solche Diskrepanz heterogener Ichideale zeigt eine 28jährige Patientin, welche wegen eines hysterischen Mutismus von der Fürsorge der Gemeinde Wien ins Ambulatorium gebracht wurde. Gleichzeitig bestand enorme Angst, welche sich in plötzlichem, angstvollem Zusammenschrecken, in abwehrender Haltung der Arme und in plötzlichen Fluchtbewegungen kundgab. Der Mutismus stellte den hysterischen Schutz gegen die Durchführung eines Zwangsimpulses dar: die Patientin lebte mit drei Kindern in größter materieller Not von einem lächerlich kleinen Geldbetrage, den sie mit Flickarbeit erwarb. Da hatte sie den Entschluß gefaßt, mit den Kindern den Tod zu suchen. Die Durchführung des Entschlusses scheiterte an dem Weinen und Schreien ihres jüngsten Kindes, eines zweijährigen Mädchens. Nun stellte sich zwanghaft der Impuls ein, den Entschluß allen Menschen mitzuteilen, gleichzeitig aber auch die Angst, dafür auf der Psychiatrie interniert zu werden. (Die Patientin war wegen eines Suizidversuches bereits interniert gewesen.) Und nun wurde die Patientin stumm, um sich vor der Durchführung des Zwangsimpulses zu schützen. Der Mutismus brach eines Nachts nach einem Angsttraum aus: sie träumte, daß das zweitälteste Kind tot sei. Mit diesem Kinde war sie nämlich schwanger gewesen, als der erste Gatte verunglückte. Sie hatte damals das Kind im Leibe verflucht und sich gedacht, es sollte doch lieber sterben.

Die Patientin war zweimal verheiratet gewesen, der erste Gatte verunglückte, vom zweiten ließ sie sich, weil er Trinker war und sie mißhandelte, scheiden. Es ist zu bemerken, daß die Patientin trotz vieler Verhältnisse total frigid war. Bald stellte es sich aber heraus, daß die Patientin nicht nur Mordimpulse gegen die Kinder hatte, welche sie verurteilte, sondern überdies in voller Bewußtheit, ohne Verurteilung, also nicht zwanghaft, durchaus kriminelle Handlungen beabsichtigte; so wollte sie ihren Schwiegervater vergiften, machte zu diesem Zwecke die Bekanntschaft eines Apothekers, der ihr aber die Ausfolgung der giftigen Drogen verweigerte. Während der dreiwöchigen Analyse stellte sie mir nach, lauerte mir im Haustor und im Garten der Ambulanz auf, um ihre Wut

an mir „zu kühlen“, um mir „wenigstens ein paar Haare“ auszuraufen. Sie versuchte sich einen Revolver zu verschaffen, um mich zu erschießen. Sie dachte auch ganz bewußt daran, daß es das Schönste wäre, den Schwiegervater und den Arzt zu kastrieren. Es bestehen pyromane Impulse, denen sie nachgibt, ohne sie zu verurteilen, ja sogar mit großer Freude nachgibt. Sie verbrennt alles im Hause, dessen sie habhaft werden kann. Sie fährt ihrem Kinde mit einem brennenden Span um den Leib. Als Zehnjährige zündete sie einen Heuschober an, um sich an seinem Besitzer zu rächen, weil er sie geschimpft hatte. Sie legte (ebenfalls als Zehnjährige) in einem Nachbarhaus Feuer, das beinahe das ganze Dorf gefährdete. Sie schwelgte in der Freude über die Angst der „Anderen“, die Anderen sollten auch leiden, nicht nur sie.

Ihre Kindheit ist in der Tat eine trostlose gewesen. Sie wurde als uneheliches Kind geboren, von der Mutter weggelegt und vier Jahre in einem Findelhaus „erzogen“. Dann kam sie zu einer entfernten Verwandten, welche sie, gemeinsam mit den eigenen Kindern, systematisch zum Stehlen anhielt. Daneben gab es immerfort Prügel. Sie schlief mit acht anderen, zum Teil erwachsenen Personen in einem kleinen, engen Raum und war nicht nur Zeuge intimster sexueller Angelegenheiten, sondern wurde auch vom Onkel und einem jungen Manne mißbraucht. Sie stahl nicht gern, aber nur weil sie fror. Sie haßte ihre Umgebung, aber nur weil sie geprügelt wurde. Sie rächte sich auch, soweit sie es konnte, war bösartig, stellte in der Schule, die sie nur unregelmäßig besuchte, allerhand an, fand ihr größtes Vergnügen darin, die Buben zu prügeln, die Lehrer zu quälen, schließlich Feuer zu legen (bis zum zwölften Lebensjahre bestand eine Enuresis). In ihrem zwölften Lebensjahre nahm sich der neue Direktor der Schule ihrer an, nahm sie aus dem Hause, gewann großen Einfluß auf sie, lehrte sie Lesen und Gelesenes auch verstehen und wollte sie auf eigene Kosten erziehen und lernen lassen. Die Verwandten nahmen sie aber fort und das alte Leben setzte wieder ein. Jetzt traten zum ersten Male Angstzustände auf, sie bremste ihre Impulse, was ihr aber nur teilweise gelang. Der Haß gegen ihre Bedrücker wuchs ins Maßlose, gleichzeitig aber war der Einfluß des Direktors zu wirksam geworden, *der Haß stieß auf Gegenstrebungen, welche dem neuerworbenen Über-Ich, dem guten Direktor*, entsprachen. Sie verschaffte sich Bücher, las viel, eignete sich einige Bildung an und erwarb einen relativ guten Stil. Ich konnte einige Briefe lesen, welche sie aus dem Steinhof schrieb. Mit vierzehn Jahren lernte sie ihre Mutter kennen, welche sie jetzt in die Stadt mitnahm, wo ein Leben voller Elend und Entbehrung seine Fortsetzung fand. Die alten Impulse waren so lebhaft wie je, aber zum Teil

gebremst. Ihren ersten Mann quälte sie maßlos ohne Gewissensbisse, nach seinem Tode machte sie sich Vorwürfe (Suizidversuch, Internierung) und erlebte eine Phase bis zum Wahn gesteigerter Erregung: sie glaubte, ihr Mann lebe noch und verfolge sie auf der Straße. Sie knüpfte mehrere Verhältnisse an, die unglücklich ausgingen, und hielt es beim zweiten Manne nicht aus, wurde schließlich arbeitsunfähig und faßte den Entschluß, mit den Kindern den Tod zu suchen.

Eine analytische Behandlung war im Ambulatorium wegen der gefährlichen Aktionen undurchführbar. Über die Sexualentwicklung der Patientin konnte also analytisch nicht viel in Erfahrung gebracht werden. Deutlich wurde aber der schroffe Gegensatz zwischen der mangelnden Ausgestaltung eines kulturell wirksamen Ichideals bis zum zwölften Lebensjahre und dem Einfluß, welchen der Direktor auf sie genommen hatte. Erst jetzt bremste sie ihre Impulse, wenn auch meist ohne Erfolg, akquirierte aber gleichzeitig ein Schuldgefühl, welches sich zu der Angst vor Prügeln hinzuaddierte. Die ungehemmte Triebhaftigkeit wurde durch das so spät, aber dennoch intensiv akquirierte Über-Ich zum Teil gebremst und in neurotische Wege geleitet. Es hatte nicht ausgereicht, volle Verdrängungsarbeit zu leisten, wohl nur deshalb, weil es zu spät in Aktion getreten war. Wir meinen hier Verdrängungsarbeit im Gröbsten. Denn wir zweifeln nicht daran, daß zum Beispiel die Frigidität unserer Patientin einem verdrängten Peniswunsch entsprach, wenn auch bewußte Kastrationswünsche bestanden. Und wir müssen uns fragen, was die Verdrängung des Männlichkeitswunsches geleistet hatte, ohne uns darüber äußern zu können. Wir vergessen aber nicht, daß die Patientin geprügelt worden war, und müssen annehmen, daß die phylogenetische Verdrängungsbereitschaft, beziehungsweise das Schuldgefühl sich dieser „Erziehungsmaßnahmen" als Mittel zur Verdrängung bedienen konnte. Sie war von ihrem Ziehvater mißbraucht worden, sie hatte sich dagegen gesträubt und eine Abwehr

des Mannes, gleichzeitig ein neurotisches Anknüpfen von Verhältnissen bei totaler Frigidität in die Periode der Erwachsenheit mitgebracht. War in dem Kinde nur Haß zur Auswirkung gekommen, war das Sträuben echt gewesen, weil es nie Zärtlichkeit erfahren hatte, oder war da eine tiefe masochistische Liebe verdrängt worden? Wir können auch diese Frage nicht entscheiden.

Wir dürfen aber in diesem Falle keinen prinzipiellen Gegensatz zur genital-masochistischen Patientin suchen. Denn es scheint sich gleich zu bleiben, ob ein kulturell wertvolles Ichideal im zwölften oder im vierten Lebensjahr erworben wird. Es wird darauf ankommen, daß vom Tage der Geburt an das richtige, heute noch schwer zu bestimmende Ausmaß an Lustgewährung und Triebeinschränkung getroffen werde. Jede Inkonsequenz in Form plötzlich einsetzender Strenge muß zu Fehlentwicklungen des Ich führen, die mehr oder weniger der hier beschriebenen krassesten Erscheinung des isolierten (beziehungsweise verdrängten) Über-Ich nahekommen werden. Wir zweifeln aber nicht daran, daß es noch andere typische Ichdefekte gibt.

Zur Frage der Verdrängung des Über-Ich

Wir tragen einem möglichen Einwand Rechnung, wenn wir die Diskussion über die strukturelle und dynamische Differenz zwischen Zwangsneurose, Hysterie und triebhaftem Charakter noch ein Stück weit fortführen. Auch das Ich des Zwangsneurotikers und des Hysterikers lehnt sich gegen die brutale Strenge des Über-Ich auf. Freud führt darüber in „Ich und Es“ aus: „Bei der Zwangsneurose (gewissen Formen derselben) ist das Schuldgefühl überlaut, kann sich aber vor dem Ich nicht rechtfertigen. Das Ich des Kranken sträubt sich daher gegen die Zumutung, schuldig zu sein, und verlangt vom Arzt,

in seiner Ablehnung dieser Schuldgefühle bestärkt zu werden . . . Die Analyse zeigt dann, daß das Über-Ich durch Vorgänge beeinflußt wird, welche dem Ich unbekannt geblieben sind.[1] Es lassen sich wirklich die verdrängten[1] Impulse auffinden, welche das Schuldgefühl begründen. Das Über-Ich hat hier mehr vom unbewußten Es gewußt als das Ich." Der Unterschied gegen den triebhaften Charakter vom Zwangstypus wird dadurch klar: trotz der Auflehnung gegen das Über-Ich weiß das Ich vom Verdrängten nichts (im Gegensatz zum triebhaften Charakter), es benimmt sich dabei etwa wie ein sich gegen die Brutalität seines Herrn innerlich empörender Sklave, der aber trotz der Empörung den Dienst leistet. Das Ich des Triebmenschen begeht offene und gewollte Rebellion. Daß die Auflehnung hier Erfolg hatte, dort nicht, ist darauf zurückzuführen, daß beim triebgehemmten Zwangsneurotiker die Reaktionsbildung seinerzeit gelang (darüber ausführlicher weiter unten), d. h. die verbietende Persönlichkeit ganz ins Ich aufgenommen wurde, mag er sich auch später gegen sie aufgelehnt haben, während der Triebmensch den Akt der Identifizierung niemals ganz vollzog, sondern nur mit einem Teile seines Ich.

Anders und komplizierter ist es bei der Hysterie; hier bleibt nämlich, wie Freud ausführt, das Schuldgefühl unbewußt. „Der Mechanismus des Unbewußtbleibens ist hier leicht zu erraten. Das hysterische Ich erwehrt sich der peinlichen Wahrnehmung, die ihm von seiten der Kritik seines Über-Ich droht, in derselben Weise, wie es sich sonst einer unerträglichen Objektbesetzung zu erwehren pflegt, durch einen Akt der Verdrängung. Es liegt also am Ich, wenn das Schuldgefühl unbewußt bleibt. Wir wissen, daß sonst das Ich die Verdrängungen im Dienst und Auftrag seines Über-Ich vornimmt; hier ist aber

1) Von mir gesperrt.

ein Fall, wo es sich derselben Waffe gegen seinen gestrengen Herrn bedient. Bei der Zwangsneurose überwiegen bekanntlich die Phänomene der Reaktionsbildung; hier gelingt dem Ich nur die Fernhaltung des Materials, auf welches sich das Schuldgefühl bezieht."[1] Das Ich der triebgehemmten Hysterie leistet also die Verdrängung der Triebe des Es im Dienste des Über-Ich zufolge unbewußter Akzeptierung[2] seiner Forderungen, erwehrt sich aber gleichzeitig seiner strengen Mahnung durch (systematische) Verdrängung des Schuldgefühls, welches wir in der Analyse aus den Angst- und Konversionssymptomen erst herausschälen müssen.

In jedem Falle triebgehemmter Hysterie und Zwangsneurose liegt also eine unbewußte Akzeptierung der verbietenden Über-Ich-Forderungen vor, der Unterschied zwischen beiden liegt in der verschiedenen Stellungnahme des Ich zum Schuldgefühl. Uns interessiert hier aber hauptsächlich die Frage nach der Verdrängung des Über-Ich, weil wir die Beziehung zwischen Verdrängung und Isolierung klarstellen müssen; sagten wir doch früher, die Isolierung komme einer Verdrängung gleich, das Über-Ich benehme sich dann wie ein aus der Verdrängung hervorbrechender Trieb.

Bei näherer Überlegung stoßen wir sofort auf den gewichtigen Einwand: sind denn die Kernforderungen des Über-Ich nicht immer unbewußt? Darf z. B. das Inzestverbot jemals bewußt werden? Würde damit nicht auch der Inzestwunsch bewußt? Diese innige Verkettung von Wunsch und Verbot verurteilt beide zur Unbewußtheit und gab als Problem in

1) Von mir gesperrt.

2) Von bewußter Akzeptierung der Über-Ich-Forderungen dürfen wir bei der asketisch-religiösen Zwangsneurose sprechen. Daß auch diese auf einer tieferen, unbewußten ruht, braucht nicht hervorgehoben zu werden.

„Ich und Es“ die Grundlage zur Theorie von der notwendigen Unbewußtheit eines Teiles des Ich — des Über-Ich.

Aber „unbewußt“ bedeutet nicht dasselbe, wie „verdrängt“. Die Frage wird klar, wenn wir uns streng an die Freudsche Unterscheidung zwischen dynamischer und systematischer (System *Ubw*), sowie an die zwischen geglückter und mißglückter Verdrängung halten. Nur die mißglückte dynamische Verdrängung ist pathogen. Der Kern des Über-Ich wäre also beim Gesunden und triebgehemmten Neurotiker immer systematisch und glücklich verdrängt. Die Dynamik der Verdrängung geht nicht über die Verhinderung des Bewußtwerdens hinaus und die systematische Verdrängung verträgt sich sehr gut mit der unbewußten Akzeptierung und Durchführung der Über-Ich-Forderungen durch das Ich. Ja, die Unbewußtheit scheint eine Vorbedingung der Akzeptierung zu sein. Denn es fällt auf, daß beim ausgesprochenen Typ des infantilen Triebmenschen häufig Bewußtheit des Kernes der Über-Ich-Forderungen (Inzestverbot usw.) vorliegt.[1] (Dies ist übrigens besonders häufig bei der Schizophrenie der Fall.) Die systematische Verdrängung ist hier lückenhaft, die dynamische ist sehr stark ausgefallen und mißglückt.

Wir glauben jetzt klarer zu sehen:

Bei den triebgehemmten Neurosen liegt eine geglückte und systematische Verdrängung des Über-Ich-Kernes vor, die dynamische geht nicht über die Verhinderung des

1) Dieser Tatbestand steht nur in scheinbarem Widerspruch zum im II. Kap. geschilderten, daß nämlich der triebhafte Charakter ebenso intensive Verdrängungen aufweist, wie der triebgehemmte Neurotiker. Es entspricht vielmehr dieser klinische Tatbestand vollkommen der isolierten Stellung des Ichideals, indem es zwar in seiner Verdrängungsleistung behindert, aber doch nicht vollkommen ausgeschaltet ist. Es besteht ferner die Möglichkeit, daß nur ein Teil der Ichideale das Schicksal der Isolierung erfuhr.

Bewußtwerdens hinaus. Das Ich darf zwar vom Kern des Über-Ich nichts wissen, es kennt nur seine Rationalisierungen, unterwirft sich aber im übrigen seinen Forderungen, die Es-Strebungen zu verdrängen. Wir wissen, daß das Mißglücken dieser Verdrängung die Symptome schafft. *Der psychische Konflikt spielt sich bei der triebgehemmten Symptomneurose zwischen Ich plus Über-Ich einerseits, dem verdrängten Anteile des Es (den verpönten Objektbeziehungen) andererseits ab.*

Beim *triebhaften Charakter* ist das Über-Ich „dynamisch" und „mißglückt" verdrängt, die systematische Verdrängung ist mangelhaft. Es ist leicht zu begreifen, daß die Lückenhaftigkeit der systematischen Verdrängung (ebenso wie die der Partialtriebe und des Sadismus) eine Folge der dynamischen Verdrängung des Über-Ich durch das (Lust-)Ich ist. *Der psychische Konflikt spielt sich hier zwischen drei Instanzen ab, das Ich erwehrt sich einerseits im Dienste des Über-Ich gegen das Es (wie der triebgehemmte Neurotiker), andererseits im Dienste des Es gegen das Über-Ich.* Dieser doppelte Kampf (*doppelte Gegenbesetzung*) macht die hervorragende Zerrissenheit der Triebmenschen aus.

Der Begriff der Isolierung des Über-Ich schließt also die mißglückte dynamische Verdrängung in sich, meint aber mehr: zunächst eine besondere strukturelle Gliederung der Persönlichkeit, ferner, was später näher zu besprechen sein wird, ein normales Durchgangsstadium jeder Über-Ich-Bildung. Zur Rechtfertigung unserer terminologischen Neuprägung sei noch bemerkt, daß wir es hier nur mit *einem* Spezialfall von Verdrängung des Über-Ich zu tun haben. Möglicherweise wird einmal der Begriff der „Isolierung" in dem der „Verdrängung des Über-Ich" ganz aufgehen, wenn die Theorie der dynamischen

„Ichverdrängungen" (als Pendant zu der von den „Sexualverdrängungen") ausgebaut und die Beziehung zur Struktur der Persönlichkeit erfaßt sein wird.

Die Isolierung des Über-Ich als normale Durchgangsphase in der Ich-Entwicklung

An dieser Stelle muß einem weiteren Einwande begegnet werden. Wir leiten die Isolierung des Über-Ich genetisch von der Ambivalenz des Kindes gegen das Objekt ab, welches später das Über-Ich abgeben soll, und stellen diese Fehlentwicklung als spezifisches Attribut des triebhaften Charakters hin (im Gegensatz zur triebgehemmten, klassischen Zwangsneurose). Nun wirkt aber gerade bei der Zwangsneurose die Ambivalenz als zentraler Faktor, sie steht an der Wurzel so mancher Symptome, wie der Zweifelsucht, der Unentschlossenheit usw. Warum hat hier die Ambivalenz nicht die Isolierung des Über-Ich geleistet? Gerade die Zwangsneurose zeichnet sich durch weitgehende Realisierungen der negativen Ichideal-Forderungen, wie zum Beispiel durch Übergewissenhaftigkeit, Pedanterie, durch Neigung zu asketischen Ideologien, sexueller Abstinenz usw. aus. Dem Einwand ist leicht zu begegnen, wenn man in Betracht zieht, daß es auf die F o r m der Ambivalenz, das heißt auf ihre Erscheinungsweise, und auf den Zeitpunkt der seelichen Entwicklung ankommt, in dem sie wirksam eingesetzt hat. Bezüglich des letzteren Punktes verweise ich auf das im vorhergegangenen Abschnitte über die Differenzen zwischen beiden Erkrankungsformen Gesagte. Was die Erscheinungsweise der Ambivalenz anbelangt, so ist folgendes zu sagen: die ambivalente Gefühlseinstellung kann 1. d a u e r n d m a n i f e s t bleiben (m a n i f e s t e A m b i v a l e n z), 2. eine Wandlung zugunsten der Liebes-, beziehungsweise Haßseite erfahren. Wir lernen in der Analyse das Phänomen kennen, welches von

Freud zuerst beschrieben wurde und als reaktive Liebe, beziehungsweise reaktiver Haß imponiert (latente Ambivalenz). Im ersten Falle addiert sich zur ursprünglichen Liebeseinstellung ein in Liebe verwandelter Haß, im letzteren zur ursprünglichen Haßeinstellung eine durch Enttäuschung zum Haß gewordene Liebe hinzu. Bei der Zwangsneurose liegt nun der typische Befund vor, daß die manifeste Ambivalenz sich in Symptomen äußert, meist auf Banales verschoben ist und dem ursprünglich ambivalent besetzten Objekt dann entweder reaktive Liebe oder reaktiver Haß zugewendet wird. Die Ambivalenz dem Objekt gegenüber wird erst in der Analyse manifest gemacht. Der triebhafte Charakter hat die manifeste Ambivalenz dem Objekt gegenüber dauernd behalten und setzt diese Einstellung dem Ichideal gegenüber, wie ausgeführt wurde, fort. Zur ursprünglichen manifest-ambivalenten Einstellung des Zwangsneurotikers ist also eine Wandlung hinzugekommen, die beim ausgesprochen triebhaften Charakter entweder ganz oder teilweise unterblieb: die reaktive Betonung der einen oder anderen Seite der Ambivalenz und die Verschiebung auf Banales. Die reaktive Wandlung der Ambivalenz zu einer manifest eindeutigen Haltung im Sinne der Liebe oder des Hasses ist natürlich auf Grund einer Verdrängung erfolgt, die, wie wir wissen, beim triebhaften Charakter mangelhaft blieb. So ist denn dann auch die Verdrängung und Reaktionsbildung bei der Zwangsneurose auf die Strenge und Festigkeit des verneinenden Ichideals zurückzuführen. Und es passen die Tatsachen der mangelhaften Verdrängung und Reaktionsbildung, des Manifestbleibens der Ambivalenz und die Isolierung des Über-Ich beim triebhaften Charakter sehr gut zueinander. Eine schematische Darstellung der extremen Typen möge die Differenz übersichtlich machen:

Zwangsneurose.	Triebhafter Charakter.
1) Manifeste Ambivalenz.	1) Manifeste Ambivalenz.
2) Reaktive Wandlung der Ambivalenz.	2) Keine reaktive Wandlung oder überwiegender Haß.
3) Strenges, ins Ich eingebautes Über-Ich.	3) Isoliertes Über-Ich.
4) Starke Verdrängung und Reaktionsbildung.	4) Mangelhafte Verdrängungen.
5) Sadistische Impulse mit Schuldgefühl verknüpft.	5) Sadistische Impulse ohne Schuldgefühl.
6) Charakter übergewissenhaft, asketische Ideologien.	6) Charakter gewissenlos, Sexualität manifest, das entsprechende Schuldgefühl eventuell in neurotischen Symptomen verankert oder total verdrängt.
7) Das Ich unterwirft sich dem Über-Ich.	7) Das Ich steht beiderseits ambivalent zwischen Lust-Ich und Über-Ich, faktische Gefolgschaft nach beiden Seiten.

Bei 2) sitzt also die dichotomische Teilung der Entwicklung zur Zwangsneurose (oder zu einer anderen Symptomneurose), beziehungsweise zum triebhaften Charakter. Welchen Weg nun die Entwicklung einschlägt, hängt von dem Erleben bis zur sadistisch-analen Stufe ab. Entwickelt sich die wirksame Ambivalenz erst hier, ohne daß es schon auf früheren Stufen Schädigungen gab, so wird die Entwicklung zur Zwangsneurose (oder Hysterie) angebahnt werden; liegen scharfe Ambivalenzpositionen schon von früher her vor, dann wird die Aufnahme des Ichideals und die Reaktionsbildung mißlingen. Im Sinne unserer früheren Ausführungen wird allzufrühe Sexualbetätigung, insbesondere die Aktivierung der Genitalität vor der vollen Ödipusphase den Narzißmus des primitiven Lust-Ich derart stärken, daß Ichideale nur mehr in isolierter Form aufgerichtet werden können. Als weiterer entscheidender Faktor kämen alle jene Schädigungen von seiten

der Liebesobjekte und Erzieher in Betracht, die wir früher eingehend geschildert haben.

Es war nicht Zweck dieser Ausführungen, zur pathologischen Entwicklung des Ich und des Ichideals mehr beizutragen, als aus der Erörterung der Stellung des letzteren beim triebhaften Charakter erfloß. Die von Freud und Ferenczi[1] inaugurierte genetische Psychologie des Ich wird vermutlich mit ebenso charakteristischen „Entwicklungsstufen des Ich" zu rechnen haben, wie sie für die Sexualentwicklung bereits sichergestellt sind. In der Erscheinung des isolierten Ichideals dürfen wir aber den pathologischen Dauerzustand einer Phase erblicken, die vermutlich jeder Mensch auf dem Wege der Entwicklung vom primitiven Lust-Ich zum Mitglied einer kulturellen Gemeinschaft zu durchlaufen hat. Das kultivierte Real-Ich bildet sich erst auf dem Wege über das Ichideal, durch Realisierung einzelner Bestandteile desselben.[2] Ein großer Teil mag immer unrealisiert bleiben und die Psychoanalyse vermag uns guten Einblick in die pathologischen Resultate einer mangelhaften Realisierung zu verschaffen. Die Akquisition des Ichideals geht aber nicht ohne Kampf vonstatten. Es liegt in der Natur des triebhaften Lust-Ich, sich gegen die erzieherischen Einschränkungen zu wehren. Die Abwehr der Einschränkungen wird durch Objektliebe paralysiert und so erfolgt die Aufrichtung des Ichideals. Aber zwischen vollkommener Ablehnung und faktischer Annahme schiebt sich eine Phase akuter, manifester Ambivalenz zum einschränkenden Objekt, beziehungsweise zum späteren Ichideal, ein. Im weiteren Verlaufe ergeben

1) Entwicklungsstufen des Wirklichkeitssinnes. Int. Ztsch. f. PsA., Bd. I, 1913.

2) Wir vergessen dabei nicht, daß es unmittelbare Identifizierungen im Ich gibt. Es dürfte für die Struktur einer Persönlichkeit von entscheidender Bedeutung sein, ob die grundlegenden Identifizierungen im Ich oder im Ichideal erfolgten. (Vgl. hiezu unsere Ausführungen über die geschlechtliche Fehlidentifizierung, Kap. III.)

sich zwei Möglichkeiten: entweder Wandlung der manifesten zur latenten Ambivalenz durch reaktive Betonung der Liebe oder des Hasses, oder Überwindung der Ambivalenz dem Objekt und Ichideal gegenüber. Den letzten Ausgang werden wir als den normalen ansehen und wir streben ihm auch in der analytischen Therapie jedes Einzelfalles zu. Es ist klar, daß die Überwindung der Ambivalenz im Ich nur einer solchen im Sexualverhältnis zum Objekt folgen kann (Erreichung der unambivalenten genitalen Stufe). Der ersterwähnte Ausgang ist in der Zwangsneurose und Hysterie vertreten. Wir kämen so zu folgender schematischer Übersicht:

1) Stufe des primitiven Lust-Ich: eindeutige Abwehr der Einschränkung.

2) Stufe der manifest ambivalenten Objektbesetzung, oder vom Standpunkt des Über-Ich aus, der ambivalenten Stellungnahme zum Über-Ich. Das Resultat einer Fixierung an dieser Stufe wäre somit die dauernde Fixierung eines isolierten Über-Ich und die Disposition zu ungehemmter Triebhaftigkeit im Sinne unserer Ausführungen.

3) Stufe der reaktiven Wandlung der Ambivalenz: das Ich identifiziert sich mit der einschränkenden Erziehungsperson (Realisierung ihrer Forderungen auf ambivalenter Grundlage). Hier setzen die Ausgangspunkte zu Fehlidentifizierungen[1] an. Fällt dieser Vorgang fixierend in die sadistisch-anale Stufe, so ist die Disposition zur Zwangsneurose, fällt er in die genitale Stufe, so ist die zur Hysterie gegeben.

4) Stufe der (relativ) ambivalenzfreien Ich-Struktur. Wie dunkel ihre Genese und Dynamik auch noch sein mag, die analytischen Erfahrungen sprechen dafür, daß diese realitätsgerechte Position des Ich ohne triebbejahende

1) Vgl. Kap. III.

Elemente im Ichideal, das heißt ohne die Möglichkeit zu geordnetem Libidohaushalt[1] nicht zustande kommen kann.

Dieses Schema kann nur einer vorläufigen Orientierung dienen. Wir fügen noch hinzu, daß die Phasen 1 bis 3 jeder Stufe der libidinösen Entwicklung eignen müssen, indem sich in jeder Sexualphase der Kampf zwischen Luststreben und Versagung aufs Neue abspielt. So kommt es, daß wir triebhafte Charaktere vom zwangsneurotischen und hysterischen Typus unterscheiden können, je nachdem die Fixierung der Phase des isolierten Ichideals auf der sadistisch-analen oder genitalen Stufe erfolgte.

Wir gewärtigen den Einwand, daß der Versuch, solche Phasen im Quer- und Längsschnitt der Entwicklung zu unterscheiden, leere Spekulation bleiben müsse, weil wir nie imstande sein könnten, die Einstellung des Kindes bis zum fünften Lebensjahre einwandfrei zu rekonstruieren. Wer sich nur auf die analytische Rekonstruktion der Kindheit bezieht, wird in gewissem Maße recht behalten, selbst wenn wir auf den Gegeneinwand besonderes Gewicht legten, daß das festgefügteste Stück der Freudschen Theorie, die Lehre von den Entwicklungsstufen der Libido so gewonnen wurde und daß sich jeder von ihrer Richtigkeit, d. h. der präzisen Aufeinanderfolge der oralen, oralsadistischen, analsadistischen und genitalen Stufe durch direkte Kinderbeobachtung überzeugen kann. Aber unsere (ausdrücklich als vorläufig bezeichnete) Einteilung der Entwicklung des Über-Ich in Phasen basiert zum geringsten Teile auf analytischer Rekonstruktion; sie stützt sich vielmehr auf die Erfahrungen, die wir bei der Behandlung triebhafter Charaktere speziell in der Analyse ihrer Ambivalenzkonflikte und Übertragungspositionen machen. Sie ändern während der Analyse

1) Vgl. Reich: Weitere Bemerkungen über die therapeutische Bedeutung der Genitallibido (erscheint in der Int. Ztschr. f. PsA., Bd. XI, 1925).

ihre Über-Ich-Struktur fortwährend in Korrespondenz mit dem Stand der Übertragung. Diese wieder ist ein genauer Abklatsch der seinerzeit innegehabten Objektbeziehungen, so daß wir, schärfer sehend seit „Ich und Es", einen tiefen Einblick in das Werden des kindlichen Ich gewinnen.

Wir beschließen diesen Abschnitt mit dem Hinweis auf ein allgemeineres Problem: Selbstliebe („sekundärer Narzißmus" im Sinne Freuds und Tausks) und Objektliebe sind die lebensbejahenden (Lebenstrieb), das Schuldgefühl (Strafbedürfnis) ist das lebensverneinende (Todestrieb) Element im Menschen. Sie stehen zueinander in konträrer Beziehung, gelegentlich verwandelt das Schuldgefühl die Selbstliebe in eine primitivere Form des Narzißmus, in den Urnarzißmus der Mutterleibssituation. Das typischeste Vorbild für dieses Zusammenfließen ist der melancholische Selbstmord. Das Schuldgefühl entwickelt sich nun in der Ontogenese später als der Narzißmus, daher das Überwiegen der lebensbejahenden Tendenz. Ein voll ausgebildeter, durch unambivalente Genitalität gehaltener Narzißmus wirkt dem Schuldgefühl am besten entgegen. Es muß nun für das spätere Schicksal des Menschen von ganz entscheidender Bedeutung sein, in welcher Entwicklungsphase des Narzißmus ein wirksames Schuldgefühl einsetzt und so die lebensbejahende Tendenz schwächt. Es scheint geradezu die Schwere einer Erkrankung davon abzuhängen, wie früh das Schuldgefühl seine lebens- und realitätsverneinende Wirkung beginnt. Die Probleme dieser Gleichung dürfen wir zu den empirisch am schwersten faßbaren, aber auch zu den Kernproblemen der spezifischen Ätiologie der seelischen Erkrankungen zählen.

VI

Einige Bemerkungen über den schizophrenen Projektionsvorgang und die hysterische Spaltung

Unsere Annahme eines isolierten Über-Ich erweist sich nach zwei Richtungen hin als heuristisch wertvoll: nämlich zur Formulierung weiterer dynamischer Bedingungen des schizophrenen Projektionsvorganges und der hysterischen Spaltung der Persönlichkeit.

Als unsere genital-masochistische Patientin vom Tode der Ärztin erfuhr, welche sie zuerst behandelt hatte und ihr vollwertige Mutterimago geworden war, brach eine akute (hysterische?) Psychose aus: die Patientin halluzinierte akustisch und visuell, die „Mami" klopfe des Nachts an ihrer Türe, sie rufe sie zu sich ins Grab; während einer Sitzung sah sie die „Mami" im Grabe liegen und ihr winken. Sie hörte Stimmen, welche ihr zuriefen, sie dürfe nicht onanieren, die „Mami" dulde es nicht. Sie betete stundenlang angstvoll vor dem Bilde der Verstorbenen und sah deren Bild sich bewegen. Wir haben guten Grund, diesen Halluzinationen denselben Mechanismus zugrunde zu legen, wie er für die schizophrene Projektion gilt: derselbe Projektionsvorgang spielt sich hier wie dort an einer Instanz des Ich ab, das Ichideal erscheint in der Außenwelt (wie der Verfolger und Kritiker in der paranoiden Schizophrenie), besser wieder in der Außenwelt, der Introjektionsvorgang wird rückgängig gemacht. Es ist daher nur eine

folgerichtige Annahme, wenn wir sagen, daß jene Stücke der Persönlichkeit, jene Ichideale am ehesten und leichtesten das Schicksal der paranoiden Verlegung aus dem Ich in die Außenwelt erfahren werden, die seinerzeit nicht innig mit der ganzen Persönlichkeit verschmolzen, sondern als isolierte Bestandteile derselben bestehen blieben. Daß der Inhalt der wahnhaften Projektion, sei es in Form eines Verfolgungswahnes oder einer paranoiden Halluzination, auch die vom Ichideal verurteilte Triebregung (meist die homosexuelle) enthält, widerspricht jener Auffassung nicht. Der Kranke benimmt sich dann wie der Wirt, welcher zwei einander prügelnde Gäste vor die Tür setzt; allerdings muß er sich dann den Lärm vor der Türe gefallen lassen. Auch in der klinischen Erscheinung des Widerstandes ist beides enthalten, das Verdrängte und das Verdrängende (Freud).

Damit wäre eine Frage teilweise gelöst, welche sich seit jeher an die Freudsche These von der paranoischen Projektion der Homosexualität geknüpft hat: der Projektionsvorgang wurde vom ökonomischen Standpunkt aus als ein Entlastungsversuch begreiflich gemacht: „Ich liebe ihn ja nicht — ich hasse ihn ja — weil er mich verfolgt."[1] Mit dieser ökonomischen Erklärung war aber nichts darüber ausgesagt, warum der paranoide Schizophrene sich seiner Triebregung gerade im Wege der Projektion zu entlasten versucht, warum nicht zum Beispiel der typische Verdrängungsmechanismus in Aktion tritt. Wir dürfen jetzt annehmen, daß die Projektion ermöglicht wird durch ein lockeres Stück im Ich, welches der ver-

1) Freud: Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia. (Ges. Schriften, Bd. VIII.) S. ferner: Freud: Über einige neurotische Mechanismen bei Eifersucht, Paranoia und Homosexualität. Internat. Ztschr. f. PsA., Bd. VIII, 1922 (Ges. Schriften, Bd. V).

pönten Regung gerade diesen spezifischen Weg der Erledigung weist. Ein Defekt in der Entwicklung des Ich im Sinne mangelhafter Verschmelzung der der Außenwelt entlehnten Ichideale würde somit die Disposition zur wahnhaften Projektion in die Außenwelt abgeben. Über die Natur dieses Defektes und über den Zeitpunkt, in dem er gesetzt werden soll, damit die Disposition zustande komme, erfahren wir aus der Beobachtung der paranoiden Formen der Schizoprenie selbst nichts. Daß die Ambivalenz dabei wesentlich mitspielt, läßt der ambivalente Charakter insbesondere jedes Verfolgungswahnes deutlich erkennen. Lediglich die Analyse paranoider Charakterneurosen legt die Annahme dieser Fixierungsstelle nahe. Wenn aber unsere Anschauung von der Genese dieser Disposition richtig ist, so haben wir dadurch auch Anhaltspunkte für die zeitliche Bestimmung der schizophrenen Fixierung gewonnen und wir glauben, daß eine Annahme so lange einwandfrei ist, als sie Phänomene erklären kann.

Schilder wies in einem Kurse auf die Auflockerung der Ichideale bei der Schizophrenie hin und erklärte daraus unter anderem auch die Bewußtheit der Symbolbedeutung. Er warf auch die Frage nach dem Zeitpunkt der schizophrenen Fixierung auf, ohne sie zu beantworten. Ein dieser Arbeit parallel laufender Gedankengang, welcher mit ihr aufs innigste zusammenhängt und die Frage nach der Genese formaler Störungen des Seelenlebens zum Inhalte hat, geht von der Widerlegung der falschen Voraussetzung aus, daß man auf demselben Wege das Fixierungsstadium der Schizophrenie finden würde, wie dasjenige der Melancholie (oral-sadistisch), Zwangsneurose (anal-sadistisch) und Hysterie (genital). Denn erstens muß bei der Untersuchung der Frage nach der schizophrenen Fixierung den sie charakterisierenden formalen Störungen ganz besondere Bedeutung beigemessen werden, zweitens darf nicht übersehen

werden, daß die Schizophrenie alle (in formaler Hinsicht abgeänderten) Bilder psychischer Erkrankung (Zwangsneurose, Hysterie, Melancholie, Hypochondrie usw.) aufzeigen kann, und drittens, daß die Annahme einer narzißtischen Fixierung viel zu weit ist, um Striktes meinen zu können. Es wird sich dabei letzten Endes um ein bestimmtes Stadium innerhalb der narzißtisch-autoerotischen Entwicklungsphase handeln, vermutlich um jenes, in dem zum erstenmal die Brücke vom Ur-Ich zum Objekt geschlagen wird,[1] die ersten Identifizierungen[2] erfolgen und die Realitätsprüfungsinstanz aufgebaut

1) Nach Abschluß des Manuskripts erschien die Arbeit J. H. van der Hoop „Über die Projektion und ihre Inhalte". (Int. Ztschr. f. PsA., X., 1924.) Der Autor kommt bei der Erörterung des Wesens der Projektion von anderer Seite her zu ähnlichen Schlüssen wie wir (S. 288): „Die Schizophrenie muß psychologisch als ein intensiver Introversionszustand betrachtet werden, wobei zugleich eine immer mehr zunehmende Regression stattfindet nach einer infantil-archaischen Phase der Entwicklung, welche gekennzeichnet ist durch eine geringe oder keine Trennung von Subjekt und Objekt, weshalb die Projektion einen überaus mächtigen Einfluß in den Erscheinungen erlangen kann." Allerdings reicht die intensive Introversion als Erklärungsgrund nicht aus, denn sie selbst ist doch nur eine Folgeerscheinung der Fixierung an dieser Phase.

2) Zur Vermeidung eines Mißverständnisses bezüglich unseres absichtlich gewählten Ausdruckes „erste Identifizierung" müssen wir daran erinnern, daß wir mit Freud zwei Identifizierungsphasen zu unterscheiden haben: *1)* nach „Massenpsychologie und Ichanalyse" die Identifizierung vor aller eindeutigen Objektwahl („narzißtische Identifizierung") und *2)* jene Identifizierung, welche dem Objektstadium folgt und zu den endgültigen Ichidealbildungen durch Aufgeben der Objekte, beziehungsweise ihre Einverleibung als Über-Ich („Ich und Es") führt. In „Ich und Es" herrscht ein Widerspruch mit den Ausführungen in der „Massenpsychologie", indem hier eine narzißtische Identifizierung als Vorstufe der Objektwahl angenommen wird, dort hingegen der Identifizierung eine Objektbesetzung vorausgeschickt wird. Der Widerspruch ist nur scheinbar, indem sich eine vor- und nachobjektlibidinöse Identifizierung sogar sehr gut miteinander vereinigen lassen. Freud („Massenpsychologie" S. 69): „Die Identifizierung (ist) die früheste und ursprünglichste Form der Gefühlsbildung" und („Ich und Es" S. 36): „Aber die Objektwahlen, die der ersten Sexualperiode angehören und Vater und Mutter betreffen, scheinen beim normalen Ablauf den Ausgang in solche Iden-

wird. Die schizophrene Fixierung muß in der Phase der ersten Identifizierung mit den Objekten zu suchen sein.

*

Eine andere Art des Ich, sich seiner Rolle als Vermittler zwischen Über-Ich und primitiver Tendenz zu entledigen, ist (im Gegensatz zur Entlastung vom Über-Ich im Wege der wahnhaften Projektion) die hysterische Spaltung der Persönlichkeit („*double conscience*" Janets). Hier erfolgt nicht die Projektion, der Hinauswurf der Gegner aus dem Ich (was immerhin eine eindeutige Entscheidung ist, mag sie auch immer ohne Erfolg bleiben), sondern das Ich identifiziert sich bald mit dem einen, bald mit dem anderen Gegner. So identifizierte sich unsere nymphomane Patientin während der Onanie, die wir als eine besondere Art hysterischen Ausnahmszustandes auffassen müssen, ganz mit der strafenden Mutter, ihr Lust-Ich mit ihrem Genitale. Außerhalb des Ausnahmszustandes spielt sie allen irgendwie dazu geeigneten Personen gegenüber die Rolle des kleinen Kindes, sie versucht es, sich an Arzt, Schwester usw. anzuschmiegen, benimmt sich aber überaus trotzig und flucht, wenn sie zurückgewiesen wird. Sie knüpft unzählige, immer durchaus inzestuös betonte Verhältnisse an und sucht den Mann, den Vater mit dem langen Glied. Kommt es aber zum Koitus, so tritt die Gestalt der drohenden Mutter dazwischen, bald in Form von Stimmen, die ihr „du geile Hure" zurufen, bald in Gestalt eines Teufels, der sie verflucht.

Ein Fall weiblicher Hysterie mit Dämmerzuständen, der schließlich in eine dauernde Spaltung der Persönlichkeit ausging und von mir an anderer Stelle ausführlich dargestellt wird, legte die Vermutung nahe, daß die Spaltung einem

---

tifizierung zu nehmen und somit die primäre Identifizierung zu verstärken."

Heilungsversuch entspricht. Ich habe mich auch an zwei anderen Fällen davon überzeugen können. In den vorpsychotischen Dämmerzuständen erlebte die Patientin einerseits eine sonst amnesierte sexuelle Verführung durch einen Lehrer, andererseits onanierte sie an den Brüsten, kleidete sich mit ihren schönsten Gewändern, während sie sonst immer ganz einfach gekleidet ging. In den Dämmerzuständen ergab sich also ihr Ich den im gewöhnlichen Wachzustande vollkommen verdrängten, weil verpönten Antrieben, stellte sich ihnen zur Verfügung, indem es die Antriebe zur motorischen Abfuhr brachte. Im gewöhnlichen Wachzustande unterwarf sich das Ich dem strengen, mütterlichen Über-Ich, welches Askese gepredigt hatte. Schon im zweiten Lebensjahr hatte sie durch die Mutter eine Versagung der genitalen Onanie erlebt. Es scheint nun für solche Fälle charakteristisch zu sein, daß das Ich sich bald auf die Seite des vom Über-Ich Verpönten, bald auf die Seite des ersteren schlägt. Es ist der Diener zweier feindlicher Herren, es liebt beide, will beiden Gefolgschaft leisten. Der Konflikt wird aber nicht, wie bei der Symptomneurose, auf dem Wege eines symptomatischen Kompromisses gelöst, sondern so, daß der eine von der Existenz des anderen nichts wissen darf (Spaltung in zweierlei Bewußtseinszustände).

Auch dieser Fall zeigte eine ganz ausgesprochene, von erster Kindheit an scharfe Ambivalenz der Mutter gegenüber, auf welche wir hier nicht näher einzugehen brauchen. Wir erwähnen nur, daß die positive Strebung zur Mutter sich auf eine intensive orale Bindung und auf Mutterleibssehnsucht stützte, während die negative in erster Linie aus der im Sinne extremer Kastration aufgefaßten genitalen Versagung abzuleiten war. Also ähnlich wie im Falle unserer nymphomanen Patientin, mit dem wesentlichen Unterschiede, daß es dort nie zu voller Triebbefriedigung in früher Kindheit gekommen war.

Die Erledigung der Ambivalenz des Ich seinem Ideal gegenüber erfolgte schließlich in der Weise, daß die Patientin ihr Ich sterben ließ („ich habe die Eva S. [das heißt mich selbst] totgeküßt", „ich bin nicht die Eva S., sondern namenlos"), und zwar jenes Ich, welches sich mit dem Lust-Ich identifiziert hatte. Trotz der Mutter gegenüber hatte das Verhalten des Kindes von allem Anfang an beherrscht; auch hier muß die Neigung zur Spaltung in einer defektuösen Einverleibung des verbietenden mütterlichen Ideals zu suchen sein. Im Ausdruck „totgeküßt" ist die Ambivalenz voll enthalten. Die Entledigung von der krankheitseinsichtigen, depressiven, vorpsychotischen Persönlichkeit löste zunächst eine submanische Reaktion aus, die Patientin verlor ihre Symptome (Schlaflosigkeit und einen hysterischen Bauchschmerz) und fühlte sich wohl.

In der psychotischen Phase erzählte mir die Patientin, jetzt wüßte sie weit mehr von der Eva S., als jene zu ihren Lebzeiten gewußt hätte. Was das sei, wollte sie mir nicht mitteilen. Wir verstehen aber, daß sie jetzt mehr vom Verdrängten wissen durfte, nachdem es, wie sie wahnhaft glaubte, nicht ihr, sondern der von ihr „totgeküßten" Eva S. angehörte.

Die Neigung zur schizophrenen und hysterischen Spaltung wäre somit auf eine mangelhafte Verschmelzung der aufgenommenen Ichideale mit dem Lust-Ich zurückzuführen. Die Frage nach dem Unterschiede beider Formen der Spaltung bleibt offen.

*

Grob schematisiert lassen sich die behandelten Tatsachen wie folgt zusammenfassen:

Bei der wahnbildenden und halluzinierenden Schizophrenie besteht ein Konflikt und Zerfall im Ich; ersterer wird erledigt durch Entlastung auf dem Wege der wahnhaften Projektion des Ichideals samt der verpönten Es-Strebung.

Bei der Spaltungshysterie wird die Lösung des Ichkonfliktes versucht durch sukzessive Parteinahme des Ich für seine beiden Herren mit jeweiliger Amnesie.

Beim triebhaften Charakter besteht eine simultane Parteinahme, gelegentlich kommen Konfliktlösungen vom Typus der schizophrenen Projektion und der hysterischen Spaltung vor.

Diesen Krankheitsbildern mit ihrer Dissoziation des Ich steht die triebgehemmte Charakter-, beziehungsweise Symptomneurose mit ihrem einheitlich geschlossenen Ich (sc. Ich + Über-Ich) gegenüber.

Wir möchten aber nicht den Eindruck erwecken, als leugneten wir für die triebgehemmten Neurosen jeden Konflikt innerhalb des Ich. Solche Konflikte, zum Beispiel zwischen konträren Ichidentifizierungen, gibt es gewiß. Es kommt nur darauf an, ob sie derart sind, daß die mit bestehenden Ichkonflikten sehr gut vereinbare einheitliche Abwehr des zu Verdrängenden darunter leidet.

VII

Therapeutische Schwierigkeiten

Die psychoanalytische Therapie hat seit ihrem Bestande immer weitere Kreise auf dem Gebiete seelischer Störungen gezogen: anfangs nur auf die Heilung der Hysterie eingestellt, zog sie bald auch die Zwangsneurose in ihren Bereich; sie erwies sich dabei als adäquateste Behandlungsmethode dieser Erkrankung. Therapeutische Versuche an der Melancholie und den ihr verwandten zyklischen Zuständen sind von Freud und Abraham bereits angestellt worden. Die Ergebnisse sind noch nicht sichergestellt. Ebenso verhält es sich mit Versuchen an initialen Fällen von Schizophrenie. In der psychoanalytischen Literatur findet man zwar keine Hinweise auf die Möglichkeiten[1] und eventuell schon erzielten Erfolge, aber man hört hier und dort in analytischen Kreisen, daß die Möglichkeit einer analytischen Beeinflussung dieser schwersten Form seelischer Erkrankung nicht a priori von der Hand zu weisen sei. Man wird zunächst die Bedingungen einer künftigen Beeinflussung genau feststellen müssen, weil es ja Grundprinzip der Psychoanalyse ist, nur Verstandenes ändern zu

1) In jüngster Zeit wurde ein dankenswerter Versuch, die theoretischen Voraussetzungen zur Beeinflussung der Schizophrenie zu klären, von Wälder unternommen: „Über Mechanismen und Beeinflussungsmöglichkeiten der Psychosen." (Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse, Bd. X, 1924.)

können. An fortgeschrittenen Anstaltsschizophrenien werden aber diese Bedingungen kaum zu fassen sein. Dazu werden sich nur initiale oder, zumindest vorderhand, nur solche Fälle eignen, die, ohne „fertige“ Schizophrenien zu sein, doch typische schizophrene Mechanismen neben starker übertragungsneurotischer Position zeigen; also etwa Fälle vom Typus unserer Patientin mit der Weltuntergangsphantasie. Und da die derzeitige Unbeeinflußbarkeit der Schizophrenie nicht nur ihrer Unfähigkeit zu übertragen, sondern auch der Defektuosität des Ichideals zuzuschreiben ist, darf die Gelegenheit, welche die Analyse triebhafter Charaktere bietet, gern ergriffen werden, die Bedingungen der Behandlung und ihre Schwierigkeiten, soweit sie typisch sind, zu erörtern.

„Im Manne ist ein Kind verborgen, welches spielen will.“ Mit diesen Worten hatte Nietzsche die klassische Formel Freuds über den neurotischen Konflikt antizipiert. Wir appellieren in der Analyse an den „Mann“ im Menschen, wenn wir darangehen, das „Kind“, das Unbewußte, das Infantile, das der Realitätsfähigkeit Widersprechende zu bändigen. Wir bleiben in unseren therapeutischen Bemühungen erfolglos, wenn der Mann den Kampf mit dem Kinde nicht aufnehmen will, wir siegen, wenn es uns gelingt, den Mann für uns zu gewinnen und ihn dazu zu bewegen, sich mit dem „Kinde“ auseinanderzusetzen, es entweder neuerlich zu erziehen oder ihm eine gewisse, kontrollierte Freiheit zu lassen. Beim Übertragungsneurotiker steht sehr bald der Großteil der Persönlichkeit auf unserer Seite und identifiziert sich mit unseren therapeutischen Absichten. Beim triebhaften Charakter ist dies nun ganz und gar nicht der Fall. Auch sein Ich ist mehr oder weniger infantil geblieben. Aus diesem Unterschiede der psychologischen Struktur resultieren sämtliche Schwierigkeiten der psychoanalytischen Behandlung dieser Kranken.

Als erste typische Schwierigkeit tritt uns die mangelhafte oder vollkommen fehlende Krankheitseinsicht entgegen. Während das Bewußtsein krank zu sein, den Symptomneurotiker in die Analyse bringt und vor aller Übertragung das Motiv abgibt, sich dem Analytiker überhaupt zu eröffnen, ist der triebhafte Charakter für seine wesentlichsten Störungen zunächst uneinsichtig. Auch beim einfachen Übertragungsneurotiker erstreckt sich die Krankheitseinsicht im Anfang nur auf störende Symptome, neurotische Charakterzüge sind meist uneingesehen. Die Symptome geben aber willkommene Einbruchspforten in das pathogene Material ab und der Erwerb erweiterter Krankheitseinsicht fällt dann nicht schwer. Anders beim triebhaften Charakter.

Die Haltung solcher Patienten ist vorwiegend mißtrauisch. Manchmal sind sie überhaupt nicht zum Sprechen zu bewegen. Gelingt es in der ersten Aussprache, das Vertrauen des Patienten zu gewinnen, etwa dadurch, daß man sich von vornherein auf seine Seite stellt und ja nicht den Standpunkt des Gegners vertritt, oder gar Moral predigt, so kann man bald entscheiden, ob der Mangel an Krankheitseinsicht ein tiefergehender ist, wie zum Beispiel in Fällen offenkundiger Schizophrenie, oder ob bloß der scharfe, aktuelle Konflikt den Patienten etwa in die Situation gedrängt hat, seine Position einem Stärkeren gegenüber mit hysterischen Anfällen, Weinkrämpfen, Tobsuchtsanfällen und ähnlichem zu behaupten. Da es sich dabei meist so verhält, daß der Gegner nicht gerade der Einsichtsvollere und Nachgiebigere ist, sondern seinerseits den Standpunkt des erziehenden Gatten oder Vaters vertritt und meist selbst schwer neurotisch ist, so hat die Rationalisierung der Zustände festen Fuß fassen können und es wäre verlorene Mühe, dagegen anzukämpfen. Meist ermöglicht dann erst die Änderung des Milieus, die Separierung vom Gegner, die Analyse,

was aber, besonders bei Unbemittelten, gewöhnlich schwer durchzuführen ist.

Krankheitseinsicht für pathologische Erscheinungen, gleichgültig, ob neurotische Symptome oder Charakterzüge, kann nur dann bestehen, wenn das Ich auf der Seite eines das Triebhafte scharf und erfolgreich ablehnenden Über-Ich steht. Ist das Über-Ich aber derart, daß es mit der pathologischen Haltung gleichgerichtet ist, ist es isoliert geblieben oder fehlt dem Symptom der Charakter des Irrationalen, des Absurden, dann fehlt auch die Krankheitseinsicht. So war unsere Patientin mit der Weltuntergangsphantasie für ihre Haltung der Mutter gegenüber vollkommen uneinsichtig, weil ihr Über-Ich dem sich ebenso gebärdenden Vater entlehnt war. Das Über-Ich unserer genital-masochistischen Patientin war vom Real-Ich isoliert geblieben („Du mußt durch die Onanie sterben"), daher fehlte auch hier die Krankheitseinsicht. Ja, man begegnet mangelhafter Krankheitseinsicht gelegentlich auch bei Patienten mit umschriebenen hysterischen Symptomen. So meinte eine Patientin mit hysterischem Erbrechen, welche in schwere aktuelle Konflikte mit der Frau ihres Bruders verstrickt war, es sei nur ganz natürlich, daß sie nach Aufregungen erbrechen müsse.

Der Erwerb der Krankheitseinsicht erfolgt auf verschiedenen Wegen. Eine typische Möglichkeit ist die, daß eine starke Übertragung zu einer Identifizierung mit dem Analytiker führt und dadurch der uneingesehene triebhafte Impuls in eine typische Zwangshandlung umgewandelt wird. Als bei der genital-masochistischen Patientin zutiefst verdrängte Haßeinstellungen gegen die Mutter bewußt wurden, verlor sich auch die Realisierung des mütterlichen Fluches während der Onanie: der Impuls zur Onanie trat jetzt als typisches Zwangssymptom auf, mit Schuldgefühl, Verurteilung und Ausbruch von Angst,

wenn sie die Onanie zu unterdrücken trachtete. In dieser Phase hörten die strafenden Handlungen und Aussprüche gegen das Genitale auf, sie onanierte mit heterosexueller Koitusphantasie und entsprechendem Schuldgefühl. Das alte Ichideal bewirkte in neuer Form die Verurteilung.

Noch klarer wurde die Änderung der Einstellung zum Symptom im Falle der Patientin mit der Weltuntergangsphantasie:

Ich hatte es aus mißlichen Erfahrungen an anderen, ähnlichen Fällen eifrigst vermieden, in meinem Gehaben irgendwie an ihren Vater oder ihre Mutter zu erinnern, das heißt, ich unterließ zunächst jegliches Verbot, jeden aktiven Eingriff in ihr Tun und Lassen. Dadurch hätte ich sofort eine unüberwindliche, akute Ambivalenz mir gegenüber nur gefestigt. Im Anfange beschränkte ich mich darauf, ihr ohne weitere Analyse, die übrigens auch unmöglich war, klar zu machen, daß ihre Aktionen sämtlich Racheaktionen wären, sie hätte von den Eltern sehr viel zu leiden gehabt, ihre ältere (hübschere) Schwester sei ihr vorgezogen worden, und nun trachte sie aus Rache, das Haus „auf den Kopf zu stellen". Ich vertrat den Standpunkt, daß sie zwar vollkommen Recht habe, aber sich selbst mit der Durchsetzung ihres Rechtes ruiniere. Zunächst erfolgten heftigste Abwehrreaktionen gegen mich. Allmählich begann aber die positive Übertragung derart zu überwiegen, daß sie sich einverstanden erklärte, sich versuchsweise zu Hause ruhig zu verhalten. Es gelang ihr nur mit ungeheurer Selbstüberwindung, trotzdem war schon der bloße Versuch als Fortschritt zu werten. Nach 14 Tagen brach es wieder durch. Ich erklärte ihr numehr, daß die Eltern die Analyse verhindern würden, wenn sie nicht Ruhe gäbe (diese Annahme war berechtigt). Die Übertragung war nunmehr so stark, daß sie den Abbruch der Analyse zu fürchten begann. Jetzt erst empfand sie die sadistischen Impulse gegen

die Mutter als Zwang und litt darunter. Sie fing an, die Zwecklosigkeit ihres Gehabens einzusehen, das Schuldgefühl, welches in der Weltuntergangsphantasie verankert war, wurde von ihr selbst richtig mit ihren sadistischen Impulsen verknüpft. Kritisch wurde die Situation, als sie, da nun ihre sadistischen Ergüsse nach außen hin gebremst waren, diese gegen sich selbst zu wenden begann: sie wollte sich das Leben nehmen.

Diese kritische Wendung beim Auftauchen der Krankheitseinsicht scheint in solchen Fällen typisch zu sein. Ich habe die Erfahrung auch an zwei anderen Fällen gemacht: tritt Krankheitseinsicht für die aggressiven Aktionen gegen die Umgebung auf, indem das immer irgendwo gleichzeitig aktive Schuldgefühl richtig verknüpft wird, so brechen Suizidimpulse durch. Unsere Patientin gab wörtlich noch folgendes an: „Ich sehe ein, daß ich auf meine Art, durch Verrücktscheinen die Aufmerksamkeit und Achtung der Eltern auf mich lenken wollte. Ich fühle mich so minderwertig (die seit der Kindheit bestehende Rivalität mit der älteren Schwester), wenn mir das genommen wird, was bleibt mir da noch übrig?" Auf diesen sekundären Krankheitsgewinn konnte sie lange nicht verzichten.

Die Änderung des Ichideals erfolgt auf dem Wege der Analyse der zugrundeliegenden Objektbeziehung. Wird das ursprüngliche Objekt entwertet, was teilweise durch intellektuelle Bearbeitung, zum Großteil durch die neue Bindung an den Arzt ermöglicht wird, so wird dem alten Über-Ich auch der dynamische Boden entzogen. Der Erwerb der Krankheitseinsicht erfolgt mehr oder weniger typisch in folgenden Phasen:

1) Phase der fehlenden Krankheitseinsicht: die pathologischen Reaktionen sind gleichsinnig mit dem wirksamen Über-Ich oder die Isolierung des Über-Ich vom Ich

ermöglicht die volle Unterwerfung des letzteren unter die triebhaften Strebungen.

2) Phase der wachsenden positiven Übertragung: der Patient macht den Arzt zum Objekt der Libido. Schon dadurch wird das alte Ideal auf die Objektstufe herabgedrückt; soweit narzißtische Libido daran gebunden war, wird sie in Objektlibido verwandelt. Das neue Objekt, der Arzt, kann insoferne Grundlage einer neuen Über-Ich-Bildung werden, als er den Standpunkt des Realitätsprinzips vertritt und auch die bisher uneingesehenen Haltungen für realitätswidrig erklärt.

3) Phase der wirksamen Krankheitseinsicht: ein Stück des neuen, im übrigen durchaus inzestuös bewerteten Objektes, des Arztes, wird introjiziert, zum neuen Ichideal gemacht; das alte wird mitsamt seiner Quelle verurteilt. Jetzt erst kann die regelrechte Analyse einsetzen.

In der ersten Phase übertragen solche Patienten ihre Haltungen und Aggressionen sofort in die analytische Situation, insbesondere aber drohen Haß, Mißtrauen und Ambivalenz jeden Versuch einer Analyse illusorisch zu gestalten. Mißtrauen und Ambivalenz sind typische Attribute auch des Zwangsneurotikers. Sie wirken sich hier aber lediglich in Ablehnung des Analytikers aus und sind der Analyse im allgemeinen zugänglich. Beim triebhaften Charakter wirken sie sich in Aktionen aus. Der Arzt wird zum bitter gehaßten Feinde, ernste Absichten, ihn umzubringen, kommen vor. Die im V. Kap. zuletzt besprochene Patientin hatte einen genauen Plan entworfen, wie sie mir auf der Gasse auflauern und mich niederschießen würde. Sie war auch in einem Waffengeschäft gewesen, um einen Revolver zu kaufen.

Wo die Aktionen nicht von Haß, sondern von Liebesverlangen diktiert sind, zeigen sie ebenfalls alle Merkmale des

mangelhaften Ichideals. Die Liebe wird direkt gefordert, gegenüber den Versuchen des Analytikers, der an die Übertragungsnatur der Liebe erinnert, gibt es kein Einsehen. Unsere nymphomane Patientin war nur mit Mühe davon abzuhalten, sich während der Sitzung zu entkleiden oder zu onanieren. Eine andere Patientin entwickelte sehr bald die unerschütterliche Hoffnung, der Arzt werde ein Verhältnis mit ihr eingehen. Auf die ausdrückliche Erklärung, daß davon nie die Rede sein könne, brach sie die Analyse ab. Ein Patient, der von mir homosexuellen Verkehr direkt forderte, geriet auf die Zurückweisung in Wut, warf die Pölster an die Wand, schlug mit den Beinen um sich und war nur schwer zu beruhigen. Derartige Übertragungsformen sind bei einfachen Übertragungsneurosen undenkbar. Die Übertragung wird hier nur in Andeutungen zärtlicher Natur bewußt, sinnliche Wünsche müssen entweder erst aus Träumen herausgeschält werden oder werden sofort verurteilt, sobald sie ganz bewußt geworden sind.

Da solche Patienten gewöhnlich in schweren akuten Konflikten mit den Eltern oder Vertretern derselben stehen und im allgemeinen Menschen sind, die wiederholt schwere Enttäuschungen erlitten haben, so versuchen sie es zwanghaft, den Konflikt auch in die Analyse zu tragen. Sofern sonst Neurotiker diesen Wiederholungszwang in der Analyse in möglichen Grenzen ausleben, kann man ihnen ja Enttäuschungen ersparen. Man kann freundlicher, entgegenkommender sein, als sie es sonst von ihrer Umgebung her gewohnt sind. Aber wie soll dem begegnet werden, wenn der Patient Situationen herbeiführt, welche die Zurückweisung auch in gröbster Form nach sich ziehen müssen? Die so oft als Musterbeispiel zitierte nymphomane Patientin wußte es glänzend einzurichten, daß ich streng wurde. So erklärte sie oft, die Sitzung nicht beenden

zu wollen. Gütiges Zureden half da nichts. Erst wenn erklärt wurde, man werde sie gewaltsam entfernen lassen, ging sie weinend, oft schreiend fort, man sei streng zu ihr, niemand liebe sie, man schimpfe mit ihr und ähnliches mehr. Dabei lebte sie die Versagung masochistisch aus und onanierte mit entsprechender Phantasie. Eine andere Patientin, die ich nach vielen Monaten schwieriger Arbeit endlich zur Einsicht gebracht hatte, daß sie nur deshalb immer zu spät komme, sich unfolgsam benehme usw., weil sie von mir geschlagen werden wolle, erklärte später freimütig, das sei ihr immer bewußt gewesen, sie habe nur meine Geduld auf die Probe stellen wollen, wie seinerzeit die des Vaters. Seine Schläge hatte sie aber lustvoll erlebt.

Wo kriminelle Impulse bestehen, muß strengstes Verbot mit Androhung des Abbruches der Analyse eingreifen. Man muß ganz allgemein mit bedeutend stärkerer Übertragung arbeiten als sonst, wenn man überhaupt die Unterdrückung der Aktionen erzielen will. Dieser Scylla steht die Charybdis gegenüber, daß man eine Fixierung, insbesondere masochistischer Patienten, erzielt, die der Lösung oft gar nicht mehr fähig ist. Nach meinen bisherigen Erfahrungen kann man extrem schweren Fällen deswegen gar nicht beikommen. Dem wirkt nur *tägliche* Besprechung der Übertragung mit scharfer Betonung der Aussichtslosigkeit auf Erfüllung der Wünsche einigermaßen entgegen.[1] In milderen Fällen gelingt die Überführung in die beschriebene dritte Phase recht gut. Eine der größten Schwierigkeiten ist die Unfähigkeit stark infantil gebliebener Patienten, die analytische Assoziationsarbeit zu leisten. Sie können oder

1) Über derzeit laufende Versuche, dieser enormen masochistischen Fixierung durch systematisches Unterbrechen der Behandlung („Entwöhnung vom Arzt") beizukommen, kann wegen der Lückenhaftigkeit der Ergebnisse noch nicht berichtet werden.

wollen nicht verstehen, was man von ihnen verlangt.[1] Der Assoziationsarbeit steht auch das abundante Agieren hindernd im Wege. Gelingt es aber gelegentlich, sie zum Assoziieren, zur Produktion freier Einfälle zu bringen, und setzt endlich die Erinnerungsarbeit ein, so stößt man auf eine neue Schwierigkeit. Sie sei an einem Beispiel erörtert.

Nach mehr als einem Jahre analytischer Arbeit war es gelungen, die nymphomane Patientin arbeitsfähig zu machen. Eine sechswöchige Ferialunterbrechung hatte insofern günstig gewirkt, als eine partielle Entwöhnung vom Arzt erfolgt war; die Aktionen hatten nachgelassen, die Erinnerungsarbeit an verdrängtem Material schritt durch drei Wochen recht gut fort. Die Patientin erinnerte Inzestwünsche aus ihrem vierten und dritten Lebensjahre, welche bis dahin vollkommen amnesiert waren. Bald darauf kam ihr Vater, ein 80jähriger, senildementer Mensch nach Wien. Die Patientin wurde unruhig, bekam erhöhtes Schuldgefühl und phantasierte, von ihm koitiert zu werden. So kraß diese Erscheinung hier auch war, sie kommt bei ausgesprochen triebhaften Charakteren in abgeschwächtem Maße typischerweise vor: die verpönten Wünsche werden nach dem Bewußtwerden nicht verurteilt, wie regelmäßig bei einfachen Übertragungsneurosen, sondern drängen zur Abfuhr. Wie weit dies der Fall ist, hängt von dem Maße an Stärkung des Ichideals ab, das bis dahin erzielt werden konnte.

Die theoretische Forderung würde somit lauten: in Fällen mit defektem Ichideal ist die Ichanalyse allem übrigen vorauszuschicken. Wie schön und begreiflich aber auch derart gewonnene theoretische Forderungen klingen,

1) Die Art, wie manche auch intellektuell defekte Triebmenschen ihre „Debilität“ verlieren, wenn die Vereinheitlichung des Ich gelungen ist, läßt vermuten, daß auch Defekte des Intellekts psychisch begründet sein können.

in der Praxis ist es immer viel komplizierter. Da ist zunächst der Umstand, daß wir heute noch gar nicht wissen, wie die sogenannte „Ichanalyse“ auszusehen hat und wir bezweifeln, ob sie überhaupt von der übrigen Analyse abzutrennen ist,[1] wenn damit nicht gröbste Persuasion ohne Rücksicht auf Determinierungen und Assoziation gemeint ist. Ohne gütiges Zu- und Überreden kommt man zwar in solchen Fällen, wenigstens im Anfang, nie aus. Erzieherisches Eingreifen muß erst die Analyse *lege artis* vorbereiten. Wir verfielen aber dem gröbsten Mißverständnis und würden nur unsere gründliche Unkenntnis von der seelischen Dynamik dokumentieren, wollten wir diese einleitende Phase verselbständigen und etwa unter der Bezeichnung „Psychagogik“ der Analyse gegenüberstellen. Man könnte uns entgegenhalten, wir selbst gäben zu, daß die Aufdeckung verdrängter Impulse in solchen Fällen den Drang nach motorischer Abfuhr mit sich bringe, die Analyse also kontraindiziert sei. Wir würden auch gerne selbst für reine Erziehung eintreten, wenn wir uns nur die Überzeugung holen könnten, daß sie das erreichen kann, was die Analyse nicht zuwege bringt. Die von Aichhorn (a. a. O.) mitgeteilten erzieherischen Erfolge an Dissozialen sind zwar außerordentliche, doch sind seine Dissozialen erstens mit unseren triebhaften Charakteren nicht völlig identisch, wenn sie auch reichlich Ähnlichkeiten aufweisen. Zweitens kann sich kein Arzt und nicht sobald eine Anstalt die Zertrümmerung von Mobiliarien zum Zwecke des Abreagierens leisten. Drittens wird jeder, der mit solchen Kranken zu tun gehabt hat, zugeben, daß sie sich gerade durch die Unfähigkeit auszeichnen,

1) Die theoretischen Elemente der „Ichanalyse“, wie z. B. die Analyse der Identifizierungen, im Besonderen der des Über-Ich, des Narzißmus usw., sind zwar auch empirisch gut faßbar, lassen sich aber in praxi von der Analyse der Libidoübertragung derzeit nicht abtrennen. Vor allem ist die Libidoübertragung auch das Vehikel der Analyse des Ich.

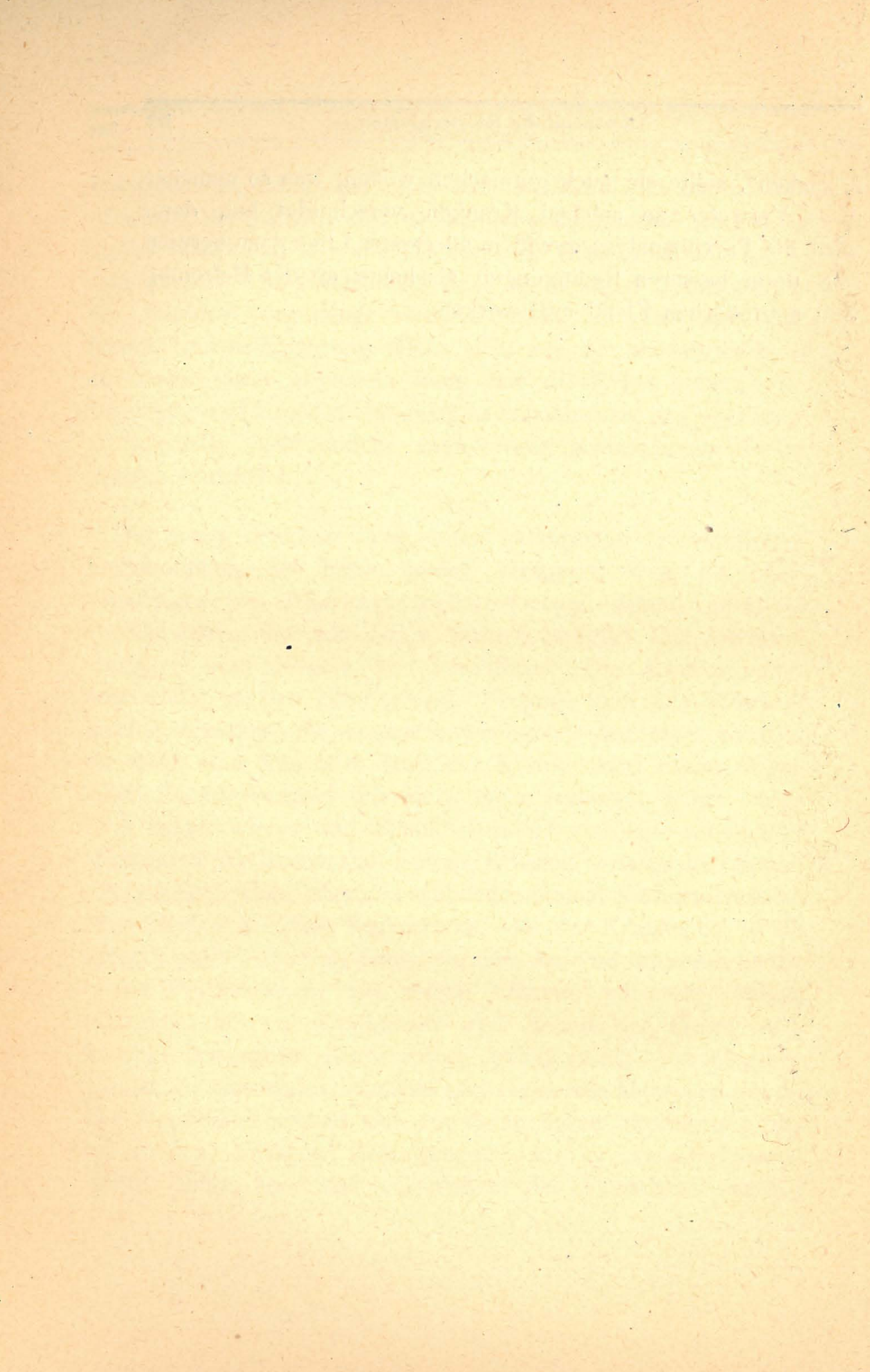
Persuasionen, schon gar nicht auf die Dauer, zu akzeptieren (Trotz!!). Wir bleiben also dabei, daß erzieherisches Eingreifen immer notwendig ist, um die folgende Analyse überhaupt zu ermöglichen. Die Frage, wie dem nachteiligen Durchbrechen der Impulse vorgebeugt werden könnte, müssen wir offen lassen. Unsere Erfahrung reicht nicht aus, um sie befriedigend zu lösen. Ganz allgemein kann nur die Regel gelten, sehr vorsichtig und langsam Unbewußtes aufzudecken, ja gelegentlich zu bremsen, insbesondere dann, wenn schizophrene Mechanismen mitspielen.

*

Der einzig denkbare Weg, sozial gefährlicher Triebhaftigkeit beizukommen, ist heute leider versperrt: die psychoanalytische Anstaltsbehandlung. Heute sind die Irrenanstalten, bis auf einige wenige, lediglich Internierungsanstalten zum Schutze der Gesellschaft. Der Kranke selbst tritt völlig in den Hintergrund. Verfolgt man das Schicksal solcher Kranker, die einmal psychiatrisch interniert wurden, so stellt man folgendes fest: der Kranke wird zuerst wegen eines Suizidversuches interniert, dann entlassen, kehrt früher oder später wieder und allmählich bildet sich eine sonderbare Affinität an die Irrenanstalt heraus. Jedesmal werden die Impulse drängender, gefährlicher, bis schließlich einmal ein Suizidversuch tatsächlich von Erfolg begleitet ist, oder der Kranke, sei es als „Psychopath“, sei es als Schizophrenie, dauernd interniert bleibt.

Die Psychoanalyse hat zeigen können, wie sehr Milieu, materielle Misère, Unverstand und Roheit der Eltern, eine konfliktschwangere Kinderstube, gewiß auch Veranlagung, Kinder zu dissozialen, kranken und verzerrten Menschen macht. Die Menschheit schützt sich vor ihnen durch Internierung, die unter den heutigen Bedingungen immer verschlechternd wirkt. Sollte aber das „Gewissen der Menschheit einmal

erwachen“, sollte sie auch gutmachen wollen, was so mancher ihrer Vertreter an solchen Kranken verschuldet hat, dann wird die Psychoanalyse gewiß in allererster Linie dazu berufen sein, unter besseren Bedingungen als heute an der Befreiung vom neurotischen Elend mitzuwirken.



Namen- und Sachregister

Abkürzungen: tr. Ch. = triebhafter Charakter / Zw. = Zwangsneurose / Hy. = Hysterie / Schz. = Schizophrenie / n. Ch. = neurotischer Charakter / F = Fußnote

Internationaler Psychoanalytischer Verlag

Wien, VII. Andreasgasse 3

Neue Arbeiten zur ärztlichen Psychoanalyse

Herausgegeben von Prof. Sigm. Freud

I) Dr. S. FERENCZI und Dr. OTTO RANK: Entwicklungsziele der Psychoanalyse. *Geheftet 2.80, Pappband 3.50*

Inhalt: Die analytische Situation. Der Libidoablauf und seine Phasen. Die Lösung der Libidofixierung im Erlebnismoment. Historisch-kritischer Rückblick. Theorie u. Praxis. Ergebnisse. Ausblicke.

II) Dr. KARL ABRAHAM: Versuch einer Entwicklungsgeschichte der Libido auf Grund der Psychoanalyse seelischer Störungen. *Geh. 3.50, Pappband 4.—*

Inhalt: I. Die man.-depress. Zustände u. die prägenitalen Organisationsstufen der Libido (Melancholie u. Zwangsneurose. Zwei Stufen der sadist.-analen Entwicklungsphase. Objektsverlust u. Introjektion in der normalen Trauer u. in abnormen psych. Zuständen. Zwei Stufen der oralen Phase. Das infantile Vorbild der melanchol. Depression. Die Manie. Die psa. Therapie). — II. Anfänge u. Entwicklung der Objektliebe.

III) Dr. O. RANK: Eine Neurosenanalyse in Träumen. *Geh. 7.—, Pappband 8.—, Halbleder 11.—*

Inhalt: Die Widerstandsphasen. (Kastrationswiderstand. Zählzwang. Phantasiebildungen. Mutterregression. Libidoübertragung. Schuldgefühl.) Die Heilungsfaktoren. (Ungeduld u. Resignation. Identifizierung mit dem Analytiker. Akzeptierung der Schwester. Entwöhnungsphase. Lösung von der Analyse.)

IV) Dr. WILHELM REICH: Der triebhafte Charakter. *Geh. 4.50, Ganzleinen 6.—*

Inhalt: Allgemeines über den neurot. u. den triebhaften Charakter. Ambivalenzkonflikt u. Über-Ich-Bildung beim triebgehemmten Charakter. Der Einfluß der Partialtriebe auf die Gestaltung des Über-Ich. Geschlechtliche Fehlidentifizierung. Ambivalenzkonflikt u. Ich-Bildung beim triebhaften Charakter. Einflüsse der Erziehung. Grenzfälle. Die Isolierung des Über-Ich. Verdrängung des Über-Ich. Über den schizophrenen Projektionsvorgang und die hyster. Spaltung. Therapeutische Schwierigkeiten.

V) Dr. HELENE DEUTSCH: Psychoanalyse der weiblichen Sexualfunktionen. *Geh., 3.50 Ganzleinen 5.—*

Inhalt: Infantile Sexualität des Weibes. Der Männlichkeitskomplex. Differenzierung von Mann u. Weib in der Fortpflanzungsperiode. Psychologie der Pubertät. Erste Menstruation. Typische Beschwerden. Typische Phantasien. Triebschicksal in der Pubertät. Der Deflorationsakt. Schaffung der neuen erogenen Zone. Frigidität u. Sterilität. Schwangerschaft u. Geburtsakt. Wochenbett. Stillperiode. Klimakterium.

Beihefte der Internationalen Zeitschrift für Psychoanalyse

Herausgegeben von Prof. Sigm. Freud

I) JELGERSMA: Unbewußtes Geistesleben. *Geh. —.80*

Rektoratsrede zum 339. Jahrestag der Leidener Universität.

III) Bericht über die Fortschritte der Psychoanalyse in den Jahren 1914–1919. *Auf holzhält. Papier, geheftet 9.—, auf holzfreiem Papier, Halbleinen 18.—, Halbleder 22.—*

Aus dem Inhalt: Das Unbewußte (Reik). Traumdeutung (Rank). Trieblehre (Hitschmann). Sexuelle Perversionen (Boehm). Allg. Neurosenlehre (Ferenczi). Spez. Pathologie u. Therapie (Abraham und Hárnik). Psychoanalytische Technik (Ophuijsen). Ethnologie (Róheim). Ästhetik (Sachs). Kinderpsychologie u. Pädagogik (Hug-Hellmuth). Engl.-amerik. Literatur (Stanford Read). Französische (de Saussure). Holländische (Stärcke). Russische (Spielrein) usw.

IV) AUGUST STÄRCKE: Psychoanalyse und Psychiatrie. *Geh. 2.—*

Vortrag auf dem VI. Internationalen Psychoanalytischen Kongreß im Haag 1920.

V) Dr. STEFAN HOLLOS und Dr. S. FERENCZI: Zur Psychoanalyse der paralytischen Geistesstörung. *Geh. 2.—*

Bericht über die Berliner Psychoanalytische Poliklinik (März 1920 bis Juni 1922). Von Dr. M. Eitingon. Mit einem Geleitwort von Prof. Sigm. Freud. *Geh. —.60*

Zweiter Bericht über die Berliner Psychoanalytische Poliklinik (Juni 1922 bis März 1924). Von Dr. M. Eitingon. *Geh. —.40*

Preise in Mark

Über die Fortschritte der psychoanalytischen Theorie und Praxis unterrichten fortlaufend die beiden Zeitschriften:

Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse

Mit „Korrespondenzblatt der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung"

Herausgegeben von

Prof. Dr. Sigm. Freud

Unter Mitwirkung von

Dr. Karl Abraham, Berlin — Dr. Girindrashekhar Bose, Kalkutta — Dr. Jan van Emden, Haag — Dr. Paul Federn, Wien

Dr. Ernest Jones, London — Dr. Emil Oberholzer, Zürich — Dr. Adolph Stern, New York — Dr. M. Wulff, Moskau

redigiert von

Dr. M. Eitingon, Berlin, Dr. S. Ferenczi, Budapest und Dr. Sándor Radó, Berlin

1925 erscheint Band XI. (Vier Hefte, über 500 Seiten, Lexikonoktav, holzfreies Papier.)
Jährlich Mark 20.–

Imago

Zeitschrift für Anwendung der Psychoanalyse auf die Geisteswissenschaften

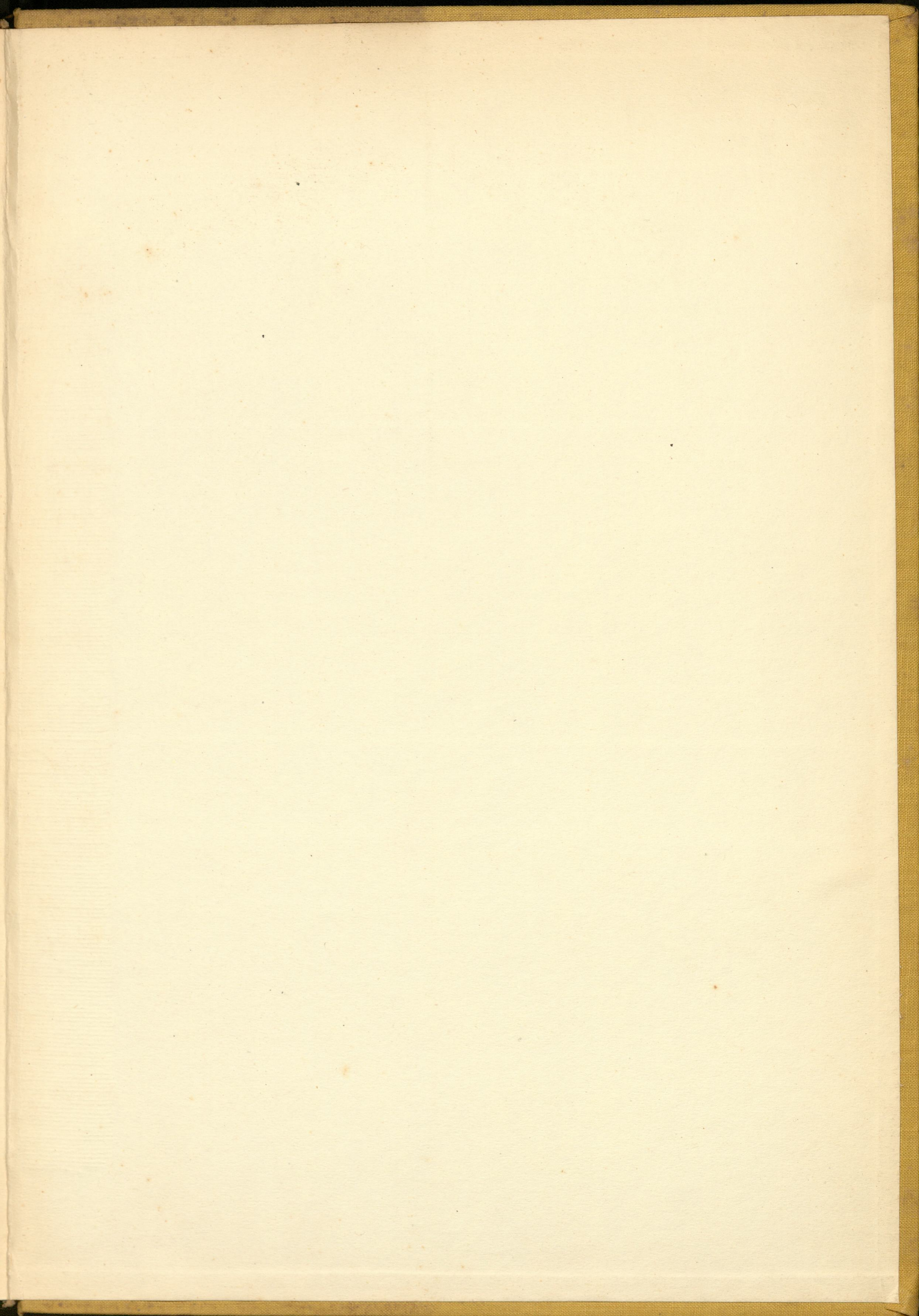
Herausgegeben von

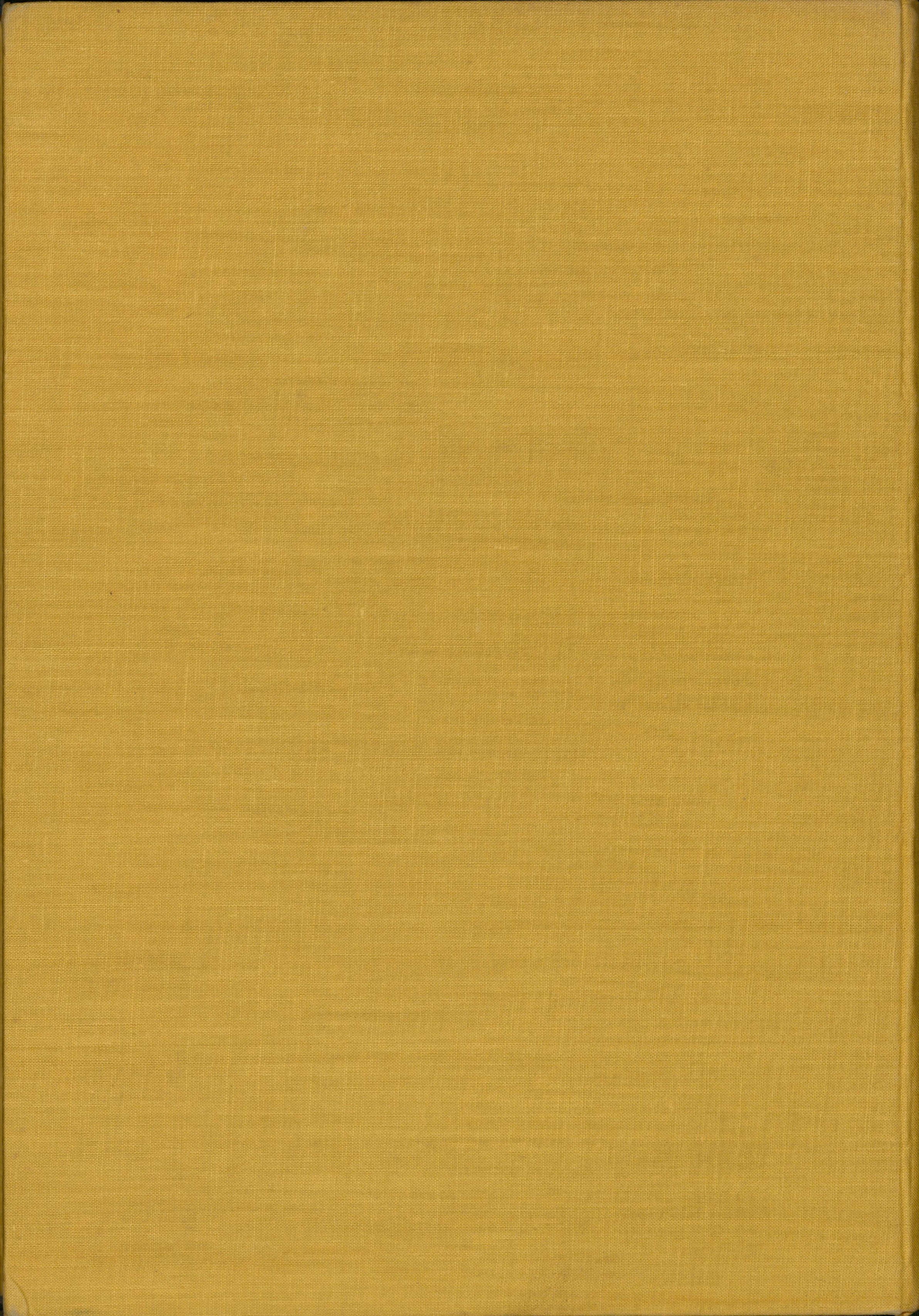
Prof. Dr. Sigm. Freud

Redigiert von

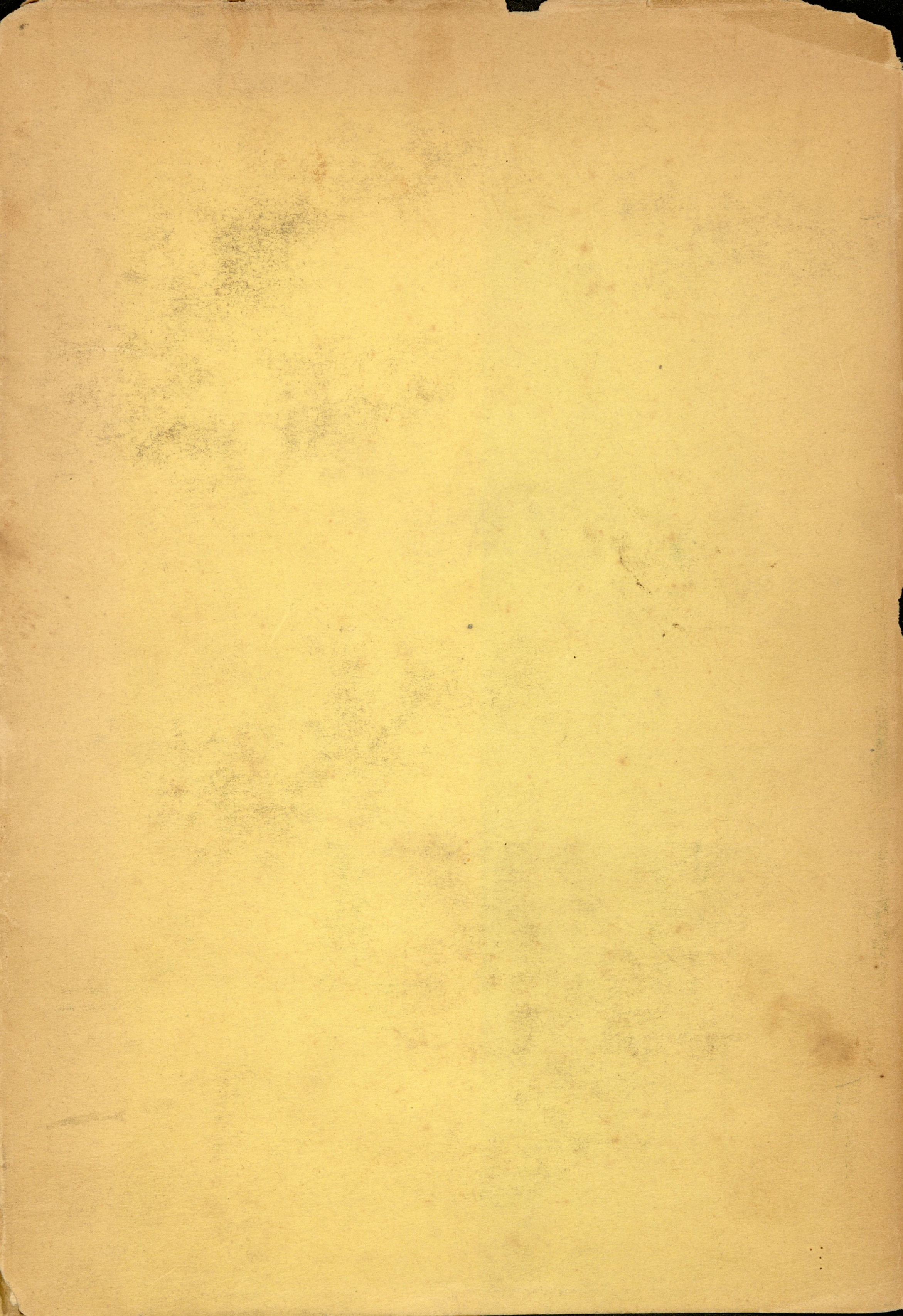
Dr. Otto Rank, Dr. Hanns Sachs und A. J. Storfer

1925 erscheint Band XI. (Vier Hefte, über 500 Seiten, Großquart, holzfreies Papier.)
Jährlich Mark 18.–









Über die Fortschritte der psychoanalytischen Theorie und Praxis unterrichten fortlaufend die beiden Zeitschriften:

Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse

Mit „Korrespondenzblatt der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung"

Herausgegeben von

Prof. Dr. Sigm. Freud

Unter Mitwirkung von

Dr. Karl Abraham, Berlin — Dr. Girindrashekhar Bose, Kalkutta — Dr. Jan van Emden, Haag — Dr. Paul Federn, Wien — Dr. Ernest Jones, London — Dr. Emil Oberholzer, Zürich — Dr. Adolph Stern, New York — Dr. M. Wulff, Moskau

redigiert von

Dr. M. Eitingon, Berlin, Dr. S. Ferenczi, Budapest und Dr. Sándor Radó, Berlin

1925 erscheint Band XI. (Vier Hefte, über 500 Seiten, Lexikonoktav, holzfreies Papier.) Jährlich Mark 20.–

Imago

Zeitschrift für Anwendung der Psychoanalyse auf die Geisteswissenschaften

Herausgegeben von

Prof. Dr. Sigm. Freud

Redigiert von

Dr. Otto Rank, Dr. Hanns Sachs und A. J. Storfer

1925 erscheint Band XI. (Vier Hefte, über 500 Seiten, Großquart, holzfreies Papier.) Jährlich Mark 18.–

Neue Arbeiten zur ärztlichen Psychoanalyse
Herausgegeben von Prof. Dr. Sigm. Freud
Nr. IV

Der triebhafte Charakter

Eine psychoanalytische Studie zur Pathologie des Ich

von

Dr. Wilhelm Reich

Internationaler Psychoanalytischer Verlag
Leipzig / Wien / Zürich